Volume 4, 2010
Numero 2 , luglio

ISSN onpaper: 1971-9558
ISSN online: 1971-9450

Giornale di Psicologia

Journal of Psychology (Italy)

Editor: Felice Perussia
Co-Editor: Gabriella Pravettoni



Giornale di Psicologia

2010, Volume 4, Numero 2 (luglio)



PSICOTECNICA
edizioni

Giornale di Psicologia

Direttore: Felice Perussia

Vice-Direttore: Gabriella Pravettoni

Redattori: Andrea Boarino, Claudio Lucchiari, Renata Viano

Il Giornale di Psicologia pubblica una selezione di contributi originali di ricerca in ambito psicologico, di qualità elevata e di ampio interesse per ogni ricercatore, studioso o professionista nel settore, in campo sia accademico di base sia professionale applicato.
Il Giornale di Psicologia è una pubblicazione scientifica internazionale, di taglio europeo.
Il Giornale di Psicologia nasce da una filosofia che favorisce la massima diffusione open-access della ricerca scientifica in psicologia, senza perseguire obiettivi di sfruttamento commerciale della disciplina stessa.
Il Giornale di Psicologia è aperto a tutti i settori della ricerca specialistica in psicologia, specie della psicologia generale, sociale e applicata ovvero della psicologia sperimentale, metodologica, clinica, dinamica, storica, epistemologica; così come alla ricerca su temi quali i test, la psicoterapia, la psicotecnica, il counseling, le scienze cognitive e più in particolare lo studio della personalità.
Il Giornale di Psicologia viene pubblicato sia in formato cartaceo (ISSN 1971-9558), sia in formato elettronico (ISSN 1971-9450). Quest'ultimo è liberamente (e gratuitamente) accessibile via internet da ogni studioso, ricercatore, studente o curioso o quant'altro di tutto il mondo.
Tutte le comunicazioni da e per il Giornale di Psicologia avvengono via e-mail, a meno che non venga specificata la necessità di produrre materiali cartacei o dichiarazioni in copia ufficiale.
Per la proposta di articoli, occorre fare riferimento alle norme indicate nelle loro linee principali qui oltre e più estesamente sul sito internet http://giornaledipsicologia.it

Chiunque accede al Giornale di Psicologia si impegna automaticamente a leggere e quindi a conoscere, accettare e rispettare nel dettaglio tutte le caratteristiche del Giornale di Psicologia quali vengono descritte al sito ufficiale: http://giornaledipsicologia.it.
Di qualsiasi eventuale scorrettezza compiuta dagli Autori, che fosse sfuggita alla redazione del GdP, è responsabile solo è il soggetto che ha fornito i materiali, i dati o le informazioni o che ha espresso le opinioni relative.

CON RIFERIMENTO ALLA LEGGE ITALIANA SULLA STAMPA:

Il Giornale di Psicologia è una pubblicazione quadrimestrale a carattere scientifico, iscritta nel registro periodici del Tribunale di Milano (n.249; 16.4.2007).
Direttore Responsabile: Felice Perussia.
Il Giornale di Psicologia (ISSN 1971-9558) viene stampato in forma cartacea.
Il sito internet www.giornaledipsicologia.it ospita al suo interno l'edizione online (ISSN 1971-9450) del Giornale di Psicologia stesso.
La parte relativa al Giornale di Psicologia è solo quella contenuta nella sezione
http://giornaledipsicologia.it/gdp
Il resto del sito fornisce note di supporto scientifico e di inquadramento per il GdP, ma non ha carattere di pubblicazione periodica, non è parte integrante del Giornale di Psicologia ed è autonomo.

Editore: Psicotecnica srl – Viale Cirene, 3 - 20135 Milano – www.psicotecnica.it
Poligrafato nel mese di novembre 2009 presso: Tecnos srl, viale Umbria 9a, 20135 Milano

Ringraziamo sentitamente, per la gentile quanto preziosa disponibilità,
il COMITATO dei CORRISPONDENTI SCIENTIFICI del *Giornale di Psicologia*

Giornale di Psicologia

Norme per gli Autori

Il Giornale di Psicologia accoglie contributi scientifici originali sia ad invito sia liberi. Questi ultimi, sempre collocati nella sezione "Studi e Ricerche", vengono valutati separatamente da due revisori associati al Comitato dei Corrispondenti scientifici e di Redazione scientifica (referee). Le valutazioni dei revisori vengono comunicate direttamente agli Autori e la pubblicazione dell'articolo proposto sul Giornale di Psicologia è subordinata al fatto di tenere nel debito conto ciò che è stato eventualmente suggerito in tali valutazioni.

Gli articoli idonei alla pubblicazione sono in primo luogo ricerche ed esperimenti, fondati su protocolli originali. Possono altresì essere del tipo: presentazione di modelli o di teorie, analisi, commenti, rassegne critiche della letteratura, edizioni critiche di testi ecc.

L'argomento dell'articolo proposto deve essere chiaramente connesso ai temi della ricerca psicologica, nel senso più profondo ed ampio del termine.

Chi propone un manoscritto al Giornale di Psicologia si impegna automaticamente a leggere e quindi a conoscere, accettare e rispettare tutte le caratteristiche del Giornale di Psicologia quali vengono descritte al sito ufficiale: http://giornaledipsicologia.it.

Gli Autori, nel sottoporre un manoscritto al Giornale di Psicologia, si impegnano automaticamente a rispettare (e dichiarano di avere rispettato), nella redazione del testo così come nella realizzazione della ricerca da cui il testo deriva, tutti gli standard etici e deontologici, nonché il corretto trattamento dei soggetti (umani e animali) ovvero il rispetto delle leggi e particolarmente della privacy e dell'uguaglianza di "sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali" ecc

Gli Autori, nel sottoporre un manoscritto al Giornale di Psicologia, dichiarano implicitamente anche di rispettare e di avere rispettato rigorosamente le leggi nazionali e internazionali relative al diritto d'autore, evitando in ogni modo di ledere direttamente o indirettamente con quanto riportato nel loro testo il copyright altrui.

Il Giornale di Psicologia esercita, nei limiti del possibile, un controllo di qualità editoriale dei testi. Tuttavia non è prevista la sistematica correzione di bozze da parte della redazione: pertanto l'articolo deve essere assolutamente corretto e pronto per la pubblicazione.

La redazione del Giornale di Psicologia si riserva di verificare la correttezza tipografica delle bozze stesse, ma a propria discrezione, senza impegno e declinando ogni responsabilità sull'esattezza grammaticale, sintattica, grafica ecc del testo, che viene lasciata tutta (onori e oneri) agli Autori, unici responsabili della stesura del testo sia per i contenuti scientifici che per eventuali errori tipografici. La redazione si riserva comunque il diritto di apportare le eventuali minime correzioni di forma che risultassero necessarie.

Il testo potrà essere in italiano o eventualmente in inglese. E' ammessa la proposta di testi anche in altre lingue, ma occorre contrattarpreventivamente e la direzione per verificare la disponibilità di revisori che conoscano la lingua stessa.

Il testo dovrà essere, in linea di massima, in carattere Garamond o Times o simili. Il formato potrà essere preferibilmente Rich Text Format (.rtf) oppure anche OpenOffice Text Format (.sxw) o Microsoft Word Format (.doc). Va acclusa comunque anche una copia in Portable Document Format (.pdf). Le eventuali illustrazioni dovranno essere in .jpeg oppure in .bmp.

Le norme editoriali di stesura dei contributi liberi sono quelle convenzionali delle pubblicazioni scientifiche internazionali.

La struttura dell'articolo, anche per poter entrare in modo ottimale nei meccanismi di diffusione internazionale della ricerca, dovrà informarsi ai criteri indicati sul sito internet (giornaledipsicologia.it) in tutti i suoi aspetti, in particolare per quanto riguarda: Titolo; Abstract; Riassunto; Parole chiave; Riferimenti bibliografici.

Non si restituiscono gli articoli inviati per la pubblicazione, anche se rifiutati. Così come non si restituisce nessuno degli altri materiali eventualmente inviati.

Gli Autori sono invitati a conservare una copia del lavoro inviato perché la direzione del Giornale di Psicologia non si assume alcuna responsabilità per quanto riguarda la perdita o il danneggiamento dei materiali inviati.

L'accettazione dell'articolo da parte del Giornale di Psicologia comporta automaticamente l'impegno da parte dell'Autore a concedere i diritti d'autore per la specifica edizione che si realizza sul Giornale di Psicologia.

La sede redazionale del Giornale di Psicologia è attualmente presso il Direttore: Felice Perussia, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, Via Po, 14, 10123 Torino.

La gestione delle comunicazioni relative al Giornale di Psicologia avviene, nei limiti del possibile, completamente attraverso internet.

Gli indirizzi utili per inviare comunicazioni sono:

direzione @ giornaledipsicologia.it
redazione @ giornaledipsicologia.it

Espressioni facciali in agenti virtuali: Il software Face3D e il riconoscimento di emozioni

Eleonora BILOTTA, Lorella GABRIELE, Rocco SERVIDIO, Assunta TAVERNISE
Dipartimento di Linguistica, Università della Calabria – Dipartimento di Linguistica

ABSTRACT - *Facial Expressions in virtual agents: Face3D software and the recognition of emotions* - This paper aims at investigating the recognition of seven emotions (Neutral, Disgust, Happiness, Fear, Anger, Surprise, Sadness) displayed by virtual and human faces. This pilot study has had the following phases: realization of Face3D software; recognition test regarding the facial expressions modelled using Face3D in order to improve its parameters; recognition test regarding virtual and human facial expressions. In particular, the pictures of human faces have been taken from Ekman and Friesen's studies. Results have emphasized a major recognition of some expressions displayed by human faces (Happiness, Disgust, Surprise, and Anger) compared to those displayed by virtual ones; however, some other expressions displayed by virtual faces have been more recognized if compared to those expressed by human ones (Neutral, Fear, Surprise). KEY WORDS: Emotions, Facial Action Coding System, facial expression recognition, modeling of virtual faces, Human-Computer Interaction.

RIASSUNTO - L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di testare il riconoscimento di sette emozioni espresse da volti virtuali e umani al fine di realizzare volti sintetici da utilizzare in contesti educativi, applicazioni didattiche e software multimediali. Lo studio pilota è stato condotto in 3 fasi: nella prima è stato realizzato il software Face3D, che consente la manipolazione di espressioni emotive in volti virtuali, nella seconda è stata testata la bontà del sistema e, infine, nell'ultima fase abbiamo comparato il grado di riconoscimento delle emozioni espresse da volti virtuali e umani. I risultati della ricerca hanno evidenziato un maggiore riconoscimento di alcune emozioni espresse da volti umani (Felicità, Disgusto, Sorpresa, Rabbia) e di altre espresse da quelli virtuali (Neutrale, Paura, Sorpresa). PAROLE CHIAVE - Emozioni, Facial Action Coding System, riconoscimento espressioni facciali, modellazione di volti virtuali, Human-Computer Interaction.

Introduzione

L'interazione uomo-computer (Human-Computer Interaction - HCI) è un settore di ricerca interdisciplinare il cui obiettivo è progettare e sviluppare sistemi interattivi che siano affidabili, facili da usare e utili a supportare le attività umane (Norman e Draper, 1986; Shneiderman, 1992; Dix et Al., 2004; Cairns e Cox, 2008). Allo scopo di migliorare l'interazione tra utente e interfacce software, gli studiosi di HCI hanno condotto ricerche sulla possibilità di incorporare l'espressione delle emozioni in agenti antropomorfi al fine di rendere l'interazione e la comunicazione con l'utente più immediata e semplice. Molti di questi studi hanno permesso di realizzare interfacce grafiche utente che includono avatar dotati di un buon grado di realismo. L'esigenza di dotare i sistemi interattivi di caratteristiche simili a quelle degli esseri umani ha dato vita a settori di ricerca quali l'"affective computing" (Picard, 1997; Boehner et Al., 2005, 2007; Peter e Herbon, 2006; Crane e Peter, 2006; Paiva et Al., 2007; Tan e Muhlberger, 2009; Gros, Dupire, Natkin, 2009) e l'"emotional design" (Norman, 2004). In realtà, la modellazione e l'animazione realistica di volti virtuali costituisce uno degli obiettivi più difficili da realizzare nel campo della Computer Graphics, poiché i più piccoli movimenti in una espressione facciale umana possono rivelare a un osservatore complessi stati emotivi (Bertacchini et Al., 2007a). Nel mondo reale, infatti, i volti umani sono soggetti a movimenti costanti, quali i cambiamenti nella posizione della testa/dello sguardo (Roark et Al., 2003, Cohn et Al., 2004) o il battere delle ciglia, così come a velocissime transizioni da uno stato emotivo a un altro: un sorriso, ad esempio, può comparire nella frazione di un secondo (Zhang et Al., 2004). Inoltre, nella comunicazione non verbale la componente ritmica ha un ruolo fondamentale: studi di psicologia del linguaggio e fonetica sperimentale hanno rivelato forme di sincronizzazione nel comportamento comunicativo umano, sia rispetto alla produzione del parlato che a movimenti gestuali, raggiunta grazie alla coordinazione di un grande numero di componenti (Schöner et Al., 1988). Quando una persona parla, le braccia, le mani e la testa si muovono, infatti, in un'organizzazione temporale strutturata sincronizzata a molti livelli (Kopp et Al., 1999).

Riguardo ai primi studi a carattere scientifico sulle espressioni facciali, questi risalgono al XVII secolo, anche se i più noti sono quelli effettuati da Charles Darwin nel 1872 con *The expression of the emotions in man and animals*. Al XX secolo appartengono invece le più importanti teorie sulle emozioni e sui metodi di codifica (Ekman, 1992;

Izard, 1977; Tomkins, 1962; Galati, 1993), così come le disamine su particolari temi quali il ruolo della comunicazione non verbale facciale nella socializzazione (Ekman, 1973, 1993; Fridlund, 1992; Russell, 1994), la psicofisiologia (Levenson, Ekman, Friesen, 1990), la percezione (Ambadar, Schooller, Cohn, 2005), l'espressione delle emozioni in gruppo (Hatfield, Cacioppo, Rapson, 1992; Hess et Al., 2007) e le patologie delle emozioni (Kaiser, 2002; Sloan et Al., 1997). Numerosi studi sono poi stati condotti sulle strategie di regolazione (cognitive *vs* comportamentali) delle emozioni (Gross, 2007; Goldin et Al., 2008), così come sui processi cognitivi correlati alle emozioni (Bechara, Damasio, Damasio, 2000; Ochsner et Al., 2002, 2004; Quirk, Beer, 2006; Kompus et Al., 2009). Alcune ricerche hanno così dimostrato come l'attivazione della corteccia prefrontale rifletta l'utilizzo di un meccanismo di controllo top-down nell'attenzione e nell'emozione.

Sono inoltre stati sviluppati numerosi sistemi di misurazione delle espressioni facciali (Ekman e Friesen, 1978; Ekman et Al., 1971; Izard, 1979, 1983; Izard et Al., 1981; Kring et Al., 1991; Tronick et Al., 1980; Lien, 2000; Fasel et Al., 2003). Fra questi sistemi, il Facial Action Coding System (FACS) (Ekman e Friesen, 1978; Ekman e Rosenberg, 2005), oltre ad essere il più usato negli studi psicologici, è anche il più rigoroso da un punto di vista psicometrico (Cohn, Ambadar, Ekman, 2005; Ekman et Al., 2005). Le diverse ricerche sul riconoscimento delle espressioni facciali hanno quindi preso in esame diverse componenti (Bertacchini et Al., 2006, Praseeda Lekshmi e Sasikumar, 2009; Pollak et Al., 2009), dal riconoscimento dei visi familiari (Valentin et Al., 1997) alla relazione tra l'intensità fisica di una espressione emotiva all'intensità percepita e il riconoscimento dell'espressione stessa (Hess et Al., 1997), dall'identificazione di un'emozione durante la percezione di un continuum di due differenti espressioni facciali (Etcoff e Magee, 1992) alla comparazione tra il riconoscimento facciale degli esseri umani e quello effettuato in modo automatico attraverso algoritmi di riconoscimento (O'Toole et Al., 2007).

Relativamente al riconoscimento di volti di agenti virtuali, di particolare importanza sono gli studi di Bartneck e Reichenbach (2005) e quelli di Hess e Philippot (2007) per i risultati ottenuti sulle differenze di riconoscimento di espressioni di facce naturali e sintetiche. Frydrych et Al. (2003) e Kätsyri et Al. (2003) hanno dimostrato che le espressioni facciali di un volto virtuale sono riconosciute in misura minore rispetto alle espressioni di un volto naturale. Bartneck e Reichenbach (2005) hanno invece provato che le espressioni di volti virtuali sono riconosciute in pari grado, o addirittura superiore, rispetto alle espressioni mostrate da facce naturali. In linea con queste ricerche, tenendo conto che gli studi citati sono stati rivolti a differenti categorie di volti virtuali, stilizzati o fortemente antropomorfizzati, l'obiettivo del presente lavoro è stato quello di comparare il riconoscimento di sette espressioni facciali (Disgusto, Felicità, Paura, Rabbia, Sorpresa, Tristezza e Neutrale) di un volto umano con quello delle stesse espressioni di un volto virtuale dotato di un buon livello di antropomorfizzazione. Si tratta di un lavoro pilota volto alla progettazione, realizzazione e valutazione di un software, denominato "Face3D", da utilizzare in ambienti applicativi. In particolare, il lavoro di ricerca è stato articolato in tre fasi:

progettazione e sviluppo del software Face3D (Bertacchini et Al., 2007b);

test di riconoscimento, da parte di 15 soggetti, di sette espressioni facciali (Disgusto, Felicità, Paura, Rabbia, Sorpresa, Tristezza, Neutrale) modellate con il software Face3D, per testare e implementare il sistema;

confronto tra il riconoscimento, da parte di 20 soggetti, delle emozioni espresse da 7 fotografie di volti umani presenti nel FACS e di quelle espresse da 7 volti virtuali realizzati con il software da noi realizzato.

Nella sezione 2, riguardante la prima fase della ricerca, sono state brevemente descritte le caratteristiche tecniche e le funzionalità del software Face3D; nella sezione 3 e 4, riguardanti la seconda e la terza fase della ricerca, sono stati presentati i due esperimenti dello studio pilota. Le conclusioni sono state riportate nella sezione 5.

Prima fase: sviluppo del software Face3D

In collaborazione con il Dipartimento di Matematica dell'Università di Catania, l'Evolutionary Systems Group (ESG) dell'Università della Calabria ha realizzato un sistema di authoring, denominato Face3D (Bertacchini et Al., 2007a), in grado di modellare differenti espressioni facciali sulla base dello spostamento dei vertici di parametrizzazione (Figura 1) di un volto virtuale. Tali vertici corrispondono alle unità di azione (Action Units) del FACS. Grazie al sistema di Ekman e Friesen (1978), infatti, tutti i possibili movimenti della muscolatura facciale sono stati categorizzati in unità di azione, e l'attivazione di particolari unità di azione risulta in una combinazione che rende possibile un'espressione facciale umana.

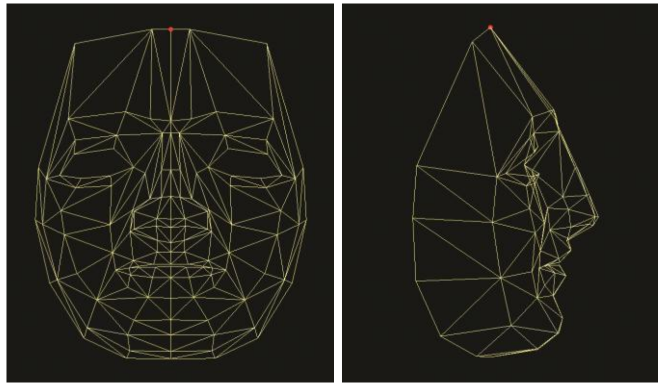


Figura 1. I vertici del volto virtuale presente in Face3D (Bertacchini, 2007a).

Il software Face3D include due applicazioni:

1) "Face3DEditor" (Figura 2), che consente la modellazione di volti virtuali tridimensionali e di espressioni facciali, attraverso lo spostamento dei vertici del modello base. Il software consente di selezionare un vertice o un gruppo di vertici che appartengono a un'area specifica del volto (fronte, naso, occhi, bocca, guancia, mento, collo) e di modificarne la posizione per associare al viso un'espressione facciale specifica. In particolare, l'interfaccia del software permette di utilizzare le foto di volti umani come schema di riferimento per la modellazione delle espressioni di base.



Figura 2. L'applicazione Face3DEditor (Bertacchini, 2007a).

2) "Face3DRecorder" (Figura 3), che consente cambiamenti, anche minimi, delle singole espressioni facciali, utilizzando degli slider.

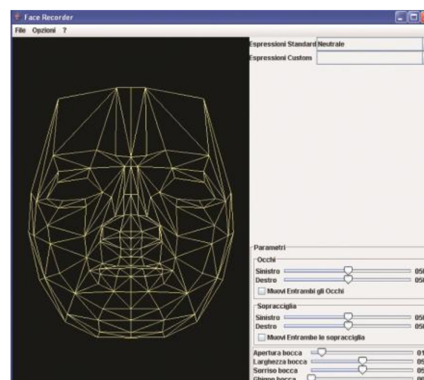


Figura 3. L'applicazione Face3DRecorder.

Per quanto riguarda le caratteristiche tecniche, il software Face3D è stato realizzato in Java2 Standard Edition 1.5.0. L'ambiente tridimensionale è stato realizzato tramite le librerie grafiche Java3D™ 1.3.1; mentre per il sistema audio/video ci si è avvalsi del motore QuickTime® for Java (QT4J) distri- distribuito dall'Apple.

Seconda fase della ricerca: riconoscimento delle sette espressioni base

OBIETTIVO

L'obiettivo di questa fase della ricerca è stato la somministrazione di un test di riconoscimento di sette espressioni facciali (Disgusto, Felicità, Paura, Rabbia, Sorpresa, Tristezza, Neutrale) di volti virtuali modellati con il software Face3D, al fine di testare e implementare il sistema.

SOGGETTI

Il test di riconoscimento è stato somministrato individualmente a 15 studenti con un'età media di 24 anni, della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università della Calabria. I soggetti, tutti volontari, hanno dichiarato una buona competenza nell'uso del computer e di non essere stati coinvolti in precedenza in altri esperimenti sul riconoscimento delle emozioni. La sperimentazione è stata svolta presso il Laboratorio di Psicologia e Scienze Cognitive dell'Università della Calabria.

MATERIALI

La postazione di lavoro per la somministrazione dei test era costituita da un PC collegato a un monitor 17", con sistema operativo Microsoft® Windows XP. La risoluzione dello schermo è stata impostata a 1280x1024, in modo da assicurare un buon livello di dettaglio nella visualizzazione del materiale stimolo.

Oltre al sistema Face3D è stato utilizzato il software SuperLab LT®, sviluppato dalla Cedrus Corporation, un programma che consente il controllo delle proprietà della variabile stimolo, incluso: 1) il tempo di presentazione, 2) la posizione sullo schermo degli stimoli (ovvero le singole espressioni emotive), e 3) gli intervalli temporali di presentazione. Il software, una volta programmato l'esperimento, permette di impostare un ordine casuale di presentazione degli stimoli, oltre che registrare le risposte (etichettandole come corrette e non corrette) e i tempi di risposta dei soggetti.

Il questionario, somministrato in formato digitale, era composto da due parti. La prima parte era costituita da 7 domande che avevano lo scopo di rilevare i dati del soggetto (nome, cognome, data di nascita, sesso), il grado di competenza nell'uso del computer (misurata su una scala di valutazione Likert a 5 punti) e la partecipazione ad altri esperimenti sul riconoscimento delle emozioni. La seconda parte era costituita dal test di riconoscimento, composto da 7 immagini di volti virtuali modellati con il software Face3D. Ciascun volto virtuale (Figura 4) esprimeva una delle 7 emozioni (Disgusto, Felicità, Paura, Rabbia, Sorpresa, Tristezza, Neutrale). La risoluzione delle immagini dei volti virtuali era impostata a 426x326 pixel, in modo da assicurare una buona qualità visiva dello stimolo.

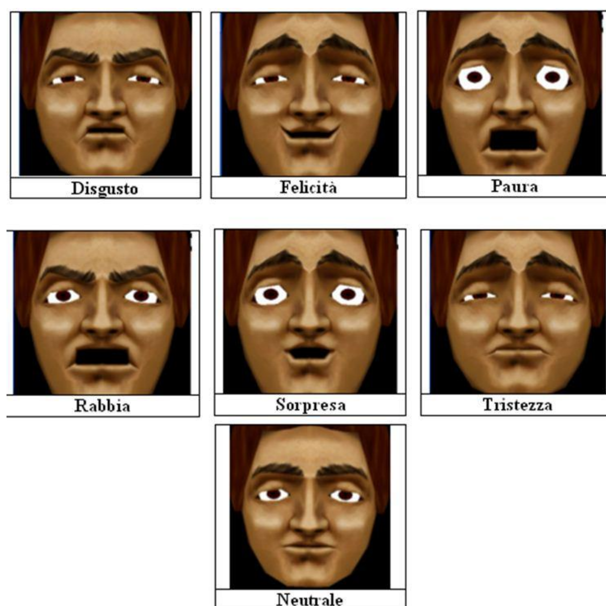


Figura 4. I sette volti virtuali realizzati con il software "Face3D".

Metodologia

Al fine di testare il riconoscimento delle espressioni facciali realizzate con il software Face3D, è stata utilizzata l'applicazione Face3DEditor per creare un modello base di un volto virtuale. Ciascuna delle 7 emozioni selezionate (Disgusto, Felicità, Paura, Rabbia, Sorpresa, Tristezza, Neutrale) è stata dunque modellata utilizzando come riferimento immagini tratte dal FACS (Ekman e Friesen, 1978).

Infine, sono state applicate delle texture per antropomorfizzare il modello base (occhi, pelle, capelli).

In seguito, i sette volti virtuali sono stati importati sotto forma di immagini nel software SuperLab LT®. La procedura di presentazione delle immagini è stata impostata come casuale e sono state definite le modalità di registrazione delle risposte dei soggetti.

I 15 soggetti partecipanti all'esperimento, informati individualmente della procedura sperimentale, hanno associato 7 lettere della tastiera (ognuna proponente un'emozione, per esempio alla lettera "R" della tastiera corrispondeva l'emozione della "Rabbia") a ciascun volto virtuale. Sono così state registrate le risposte (corrette/non corrette) ed i relativi tempi di risposta che ogni soggetto ha impiegato nel riconoscere l'emozione espressa dall'immagine.

Risultati

I risultati hanno evidenziato un corretto riconoscimento delle seguenti espressioni: Tristezza (93.33%), Neutrale (86.67%), Paura (80%), Rabbia (80%), Sorpresa (80%) e Felicità (67.67%). È stata altresì evidenziata una difficoltà nel riconoscere l'espressione del Disgusto (33.33%). La Figura 5 riassume le percentuali di riconoscimento delle emozioni.

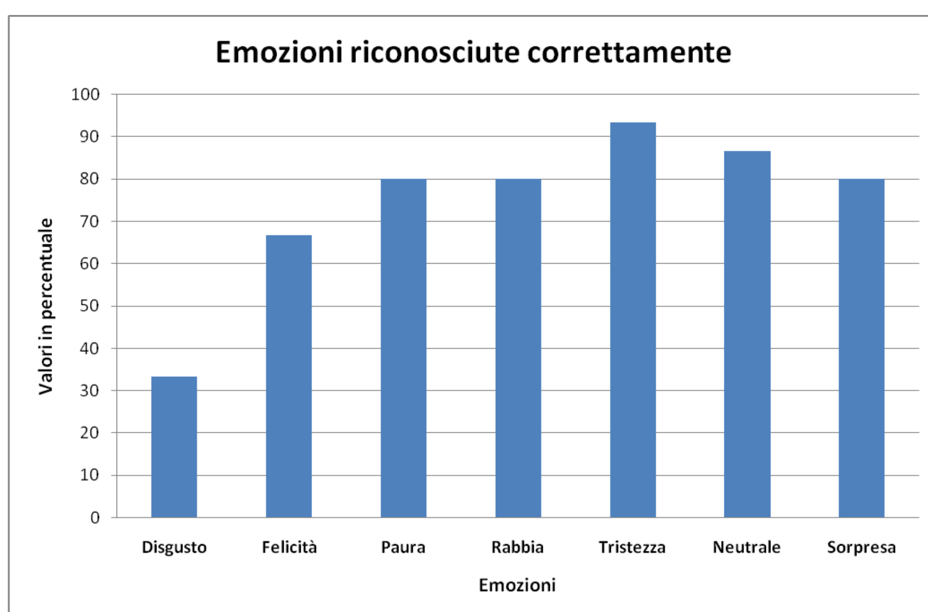


Figura 5. Percentuali di riconoscimento delle emozioni.

È inoltre emersa una variazione significativa nelle medie dei tempi di risposta (espresse in secondi) dei soggetti nel riconoscere le emozioni: Neutrale (M = 8.34, DS = 6.70), Tristezza (M = 7.68, DS = 4.27), Sorpresa (M = 7.36, DS = 6.82), Paura (M = 7.09, DS = 4.81), Disgusto (M = 6.03, DS = 3.27), Felicità (M = 5.24, DS = 2.10) e Rabbia (M = 4.52, DS = 1.85). Il minor tempo di risposta è stato dunque registrato per il riconoscimento dell'espressione corrispondente alla Rabbia; maggior tempo è stato impiegato nel riconoscimento dell'espressione Neutrale.

In conclusione, rispetto alle percentuali di riconoscimento delle emozioni da parte dei soggetti, è emersa la necessità di apportare una variazione nel nostro software Face3DEditor dei parametri corrispondenti all'espressione Disgusto. Tale variazione è stata apportata al software prima di iniziare la seconda fase della sperimentazione.

Terza fase della ricerca: il riconoscimento di volti virtuali e umani

OBIETTIVO

L'obiettivo della terza fase della ricerca è stato quello di comparare il riconoscimento, da parte dei soggetti, delle emozioni espresse dai volti virtuali realizzati con il software Face3D, con quello delle emozioni espresse dalle fotografie di volti umani presenti nel FACS.

SOGGETTI

Il test di riconoscimento è stato somministrato individualmente a 20 studenti della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università della Calabria con un'età media di 22.20 anni. I soggetti, tutti volontari e con una buona competenza nell'uso del computer, non hanno mai preso parte ad altri espe-

rimenti sul riconoscimento delle emozioni. Hanno inoltre dichiarato di non conoscere il sistema FACS. La sperimentazione è stata svolta presso il Laboratorio di Psicologia e Scienze Cognitive dell'Università della Calabria.

MATERIALI

La postazione di lavoro e il software per la somministrazione degli stimoli (SuperLab LT®), sono stati gli stessi del precedente esperimento.

Il questionario, somministrato in formato digitale, era composto da due parti. La prima parte era costituita da 7 domande che avevano lo scopo di rilevare i dati del soggetto (nome, cognome, data di nascita, sesso), il grado di competenza nell'uso del computer (misurata su una scala di valutazione Likert a 5 punti), la partecipazione ad altri esperimenti sul riconoscimento delle emozioni e il grado di conoscenza del FACS di Ekman e Friesen (1978).

La seconda parte era costituita dal test di riconoscimento, composto da 7 immagini di volti umani tratti dal FACS e 7 immagini di volti virtuali modellati con il software Face3D. Sia i volti umani che quelli virtuali esprimevano 7 differenti emozioni (Disgusto, Felicità, Paura, Rabbia, Sorpresa, Tristezza, Neutrale), il cui elenco era riportato sul lato destro dell'immagine (Figura 6) (per motivi di copyright mostriamo solo le immagini dei volti virtuali).

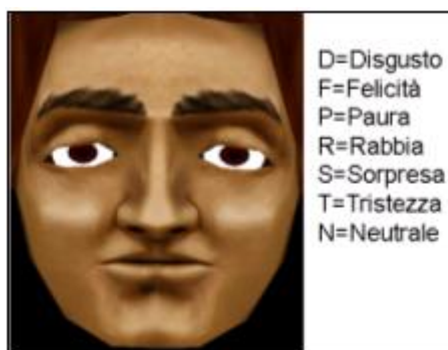


Figura 6. Un esempio di volto virtuale utilizzato per il compito di riconoscimento.

METODOLOGIA

Le 14 immagini (7 volti umani e 7 volti virtuali) sono state importate nel software SuperLab LT® ed è stato assegnato a 20 soggetti un compito di riconoscimento, basato su un ordine casuale di presentazione di volti virtuali e umani. Senza limiti di tempo, ogni soggetto doveva associare una delle emozioni mostrate sullo schermo ad una lettera della tastiera. Sono così state registrate le risposte (corrette/non corrette) ed i relativi tempi di risposta.

RISULTATI

I soggetti hanno riconosciuto correttamente le espressioni emotive dei volti umani con le seguenti percentuali: Felicità (95%), Disgusto (90%), Sorpresa (85%), Rabbia (80%), Neutrale (70%), Paura (55%) e hanno mostrato difficoltà nel riconoscere l'espressione della Tristezza (30%). I soggetti hanno inoltre riconosciuto correttamente le espressioni dei volti virtuali con le seguenti percentuali: Neutrale (95%), Paura (65%), Sorpresa (65%), Tristezza (65%), Rabbia (55%) e Felicità (45%). Hanno invece avuto difficoltà nel riconoscere l'espressione del Disgusto (30%).

Comparando i risultati ottenuti, si evince che le percentuali di riconoscimento delle fotografie di volti umani sono state maggiori rispetto a quelle dei volti virtuali, per le seguenti espressioni emotive: Disgusto, Felicità, Rabbia e Sorpresa. Per le espressioni Paura, Tristezza e Neutrale, sono invece risulrisultati maggiormente riconosciuti i volti virtuali. In particolare, Felicità (45%) e Disgusto (30%) hanno avuto una bassa percentuale di riconoscimento se espresse dai volti virtuali, mentre hanno ottenuto una percentuale di riconoscimento pari rispettivamente al 95% ed al 90% se espresse dalle fotografie di volti umani. Nella Figura 7 sono riportati le percentuali di riconoscimento delle emozioni.

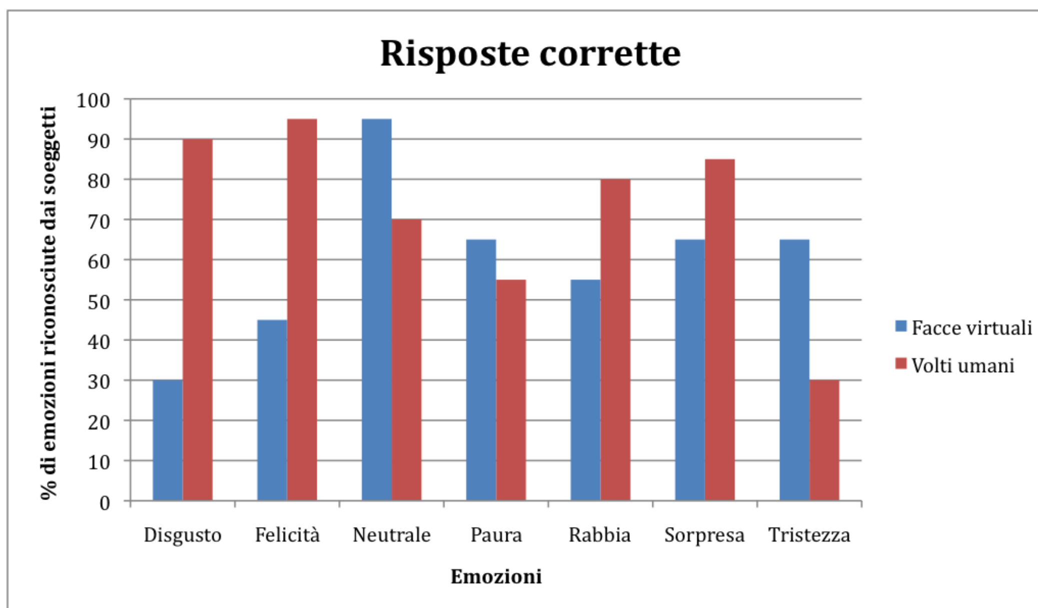


Figura 7. Percentuali di riconoscimento delle emozioni nei volti umani e virtuali.

I risultati indicano, inoltre, che le percentuali di riconoscimento variano significativamente tra i soggetti. Il più basso punteggio individuale è stato raggiunto da due soggetti che hanno riconosciuto solo 2 espressioni mostrate dai volti virtuali. Gli stessi soggetti hanno riconosciuto rispettivamente 3 e 5 espressioni mostrate dai volti umani, evidenziando una modesta predisposizione al riconoscimento delle espressioni facciali. Il più alto punteggio individuale è stato raggiunto da due soggetti che hanno riconosciuto tutte e sette le espressioni sia dei volti virtuali che di quelli umani, evidenziando un'alta predisposizione al riconoscimento delle espressioni facciali.

Le risposte dei soggetti sono riportate nella Tabella 1, i cui valori sono espressi in percentuali. La matrice mostra quali categorie sono state confuse, comparando i volti virtuali alle fotografie di quelli umani. Il volto virtuale che esprime il Disgusto è confuso maggiormente con le espressioni Rabbia e Tristezza, la Felicità con le espressioni Neutrale e Tristezza, la Neutrale con la Tristezza, la Paura con la Sorpresa (e viceversa), la Rabbia con la Paura, la Tristezza con la Neutrale.

Il volto umano che esprime Disgusto è confuso maggiormente con le espressioni Neutrale e Rabbia, Felicità con Sorpresa, Neutrale con Rabbia, Paura con Disgusto e Sorpresa, Rabbia con Disgusto, Neutrale, Paura e Sorpresa, Tristezza con Neutrale. Riassumendo, nessun soggetto ha riconosciuto correttamente tutti i volti umani, come è accaduto con quelli virtuali.

Emozioni	**Risposte | Volti Virtuali / Volti Umani |**						
	Disgu-sto	Felicità	Neutrale	Paura	Rabbia	Sorpresa	Tristezza
Disgusto	**.30 .90**	.00 .00	.10 .05	.10 .00	.30 .05	.00 .00	.20 .00
Felicità	.05 .00	**.45 . 95**	.15 .00	.00 .00	.00 .00	.10 .05	.25 .00
Neutrale	.00 .05	.00 .00	**.95 .70**	.00 .05	.00 .25	.00 .00	.05 .00
Paura	.05 .20	.00 .00	.00 .00	**.65 .55**	.00 .05	.25 .20	.05 .00
Rabbia	.15 .05	.00 .00	.05 .05	.20 .05	**.55 .80**	.05 .05	.00 .00
Sorpresa	.00 .00	.00 .00	.05 .00	.25 .15	.00 .00	**.65 .85**	.05 .00
Tristezza	.05 .25	.00 .00	.30 .20	.00 .20	.00 .00	.00 .05	**.65 .30**

Tabella 1. La matrice di errore nel riconoscimento delle emozioni.

Ogni soggetto ha impiegato in media 5 minuti nel completare l'esperimento. È inoltre emersa una variazione significativa nelle medie dei tempi di risposta (espresse in secondi). Nel riconoscimento delle fotografie di volti umani, la media del tempo di risposta, per ogni singola emozione, è stata la seguente: Paura (M = 6.11, SD = 3.78), Tristezza (M = 5.67, SD = 2.82), Neutrale (M = 5.64, SD = 3.00), Rabbia (M = 5.24, SD = 2.58), Sorpresa (M = 4.83, SD = 2.64), Felicità (M = 4.76, DS = 2.20), e Disgusto (M = 3.51, DS = 1.61). Il minor tempo di risposta è stato dunque registrato per il riconoscimento dell'espressione del Disgusto; il maggior tempo è invece stato impiegato dai soggetti nel riconoscere l'espressione della Paura.

Per quanto riguarda il riconoscimento delle immagini di volti virtuali, i soggetti in media hanno impiegato i seguenti tempi: Rabbia (M = 8.10, SD = 5.96), Disgusto (M = 6.93, SD = 3.45), Felicità (M = 6.38, SD = 3.75), Tristezza (M = 6.10, SD = 3.13), Sorpresa (M = 5.72; SD = 5.04), Neutrale (M = 4.97, SD = 2.57) e Paura (M = 4.51, SD = 2.44). Il minor tempo di risposta è stato dunque registrato per il riconoscimento dell'espressione Paura; maggiori difficoltà sono state manifestate dai soggetti nel riconoscere l'espressione della Rabbia. Rispetto alle foto dei volti umani, l'espressione del volto della Paura è stata riconosciuta in minor tempo. I valori dei tempi di risposta si riferiscono solo alle risposte corrette. Una più completa visualizzazione dei risultati è riportata nella Figura 8.

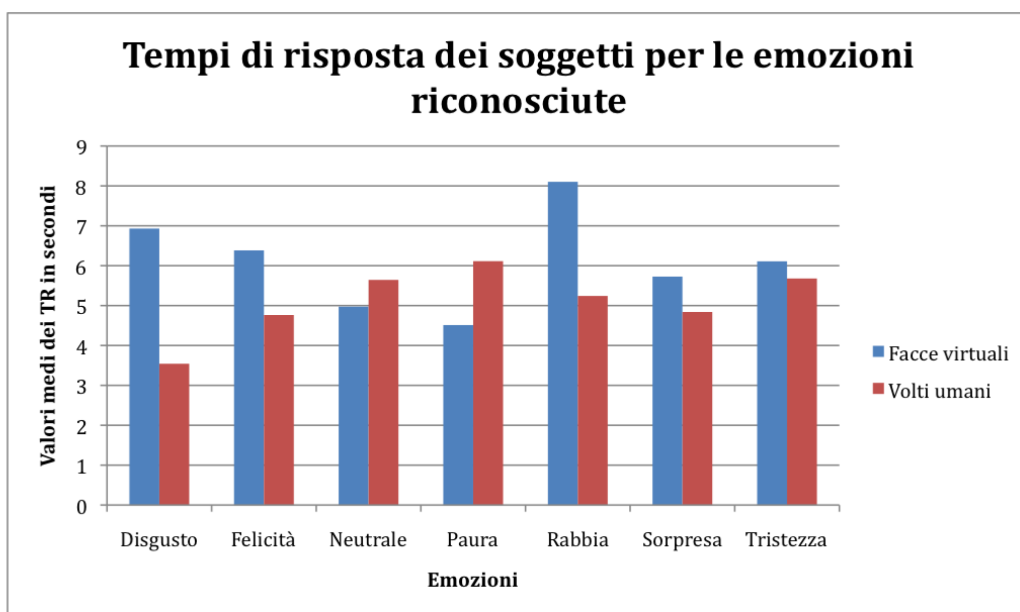


Figura 8. Tempi medi di risposta dei soggetti per ogni emozione riconosciuta correttamente.

In conclusione, le percentuali di riconoscimento da parte dei 20 partecipanti all'esperimento hanno dimostrato che solo alcune espressioni facciali umane (Neutrale e Paura) sono riconosciute in misura maggiore rispetto a quelle dei volti virtuali realizzati con il software Face3D. Le restanti emozioni espresse dai volti virtuali sono risultate maggiormente riconosciute rispetto a quelle dei volti umani, anche se per alcune di essi la differenza è minima,.

Conclusioni

In questo lavoro abbiamo condotto uno studio pilota volto alla realizzazione e test di un software, il "Face3D", al fine di realizzare volti sintetici da utilizzare in contesti applicativi quali l'apprendimento, applicazioni didattiche e software multimediali. In particolare, abbiamo investigato il riconoscimento delle emozioni espresse da volti virtuali creati con il software Face3D. Nella prima parte del lavoro abbiamo descritto le funzionalità del software che permette la modellazione delle seguenti espressioni facciali: Disgusto, Felicità, Paura, Rabbia, Sorpresa, Tristezza, Neutrale. Sono quindi stati riportati i risultati del riconoscimento, da parte di 15 soggetti, delle 7 emozioni espresse da volti virtuali; tali risultati hanno evidenziato la necessità di variare i parametri di modellazione dell'emozione Disgusto. Tale scarsa percentuale di riconoscimento dell'espressione del Disgusto nei volti virtuali, è risultata in linea con altri studi (Fabri et Al., 2004). La modifica è stata apportata al software prima di iniziare la seconda fase della sperimentazione; è stato quindi condotto un secondo esperimento di riconoscimento su 20 nuovi soggetti, a cui è stato chiesto di riconoscere le emozioni espresse da fotografie sia di volti umani, presenti nel FACS, che di volti virtuali appositamente realizzati con il software Face3D.

I soggetti hanno così riconosciuto maggiormente, in modo corretto, le espressioni emotive dei volti umani Felicità (95%) e Disgusto (90%), mentre, per quanto riguarda le espressioni emotive dei volti virtuali, sono maggiormente state riconosciute la Neutrale (95%) e la Paura (65%). La tendenza a confondere l'espressione della Paura con quella della Sorpresa era già presente in Ekman (1999).

Ulteriori considerazioni sono infine possibili se si tiene conto dell'affermazione di Picard (1997) che «"pure forme di emozioni" non sono generalmente comuni nella vita quotidiana», poiché molte espressioni che avvengono nella comunicazione faccia-a-faccia tra esseri umani, oltre a non essere intenzionali, sono spesso il risultato di una complessa interazione di emozioni simultanee. Ciò è dimostrato dagli errori di riconoscimento da parte dei soggetti rispetto alle foto di volti umani, dotate di espressioni facciali e categorizzate da importanti studi psicologici (Fabri et Al., 2004). Riguardo alla realizzazione di agenti virtuali per ambienti sintetici, è importante una modellazione delle espressioni che non solo incorpori delle emozioni statiche sul volto dell'avatar, ma una comunicazione non verbale ricca e fluente fatta di veloci transizioni da uno stato emotivo all'altro. Per questo motivo, nuove ricerche sul riconoscimento delle emozioni saranno condotte dall'ESG attraverso l'implementazione dell'applicazione Face3DRecorder, su volti virtuali in movimento.

Riferimenti bibliografici

Ambadar, Z., Schooler, J., Cohn, J.F. (2005). Deciphering the enigmatic face: The importance of facial dynamics to interpreting subtle facial expressions. *Psychological Science,* 16, 403-410.

Paiva, A., Prada, R., Picard, R. W. (2007). Affective Computing and Intelligent Interaction. Paper presented at *ACII 2007 -Second International Conference.* Lisbon, Portugal, September 12-14, 2007.

Bartneck, C., Reichenbach, J. (2005). Subtle emotional expressions of synthetic characters. *International Journal of Human-Computer Studies*, 62 (2), 179-192.Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A.R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10, 295–307.

Bertacchini, P.A., Bilotta, E., Cronin, M., Pantano, P., Tavernise, A. (2007b). 3D Modelling of Theatrical Greek Masks for an Innovative Promotion of Cultural Heritage. Paper presented at *CAA2007*, 2-6 April, 2007, Berlin.

Bertacchini, P.A., Bilotta, E., Pantano, P., Battiato, S., Cronin, M., Di Blasi, G., Talarico, A., Tavernise, A. (2007a). Modelling and Animation of Theatrical Greek Masks in an Authoring System. Paper presented at *Eurographics Italian Chapter 2007 Conference.* 14-16 February. 2007, Trento (Italy).

Boehner, K., DePaula, R., Dourish, P., Sengers, P. (2007). How emotion is made and measured. *International Journal of Human-Computer Studies*, Vol. 65-(4), April 2007, 275-291.

Boehner, K., DePaulo, R., Dourish, P., Sengers, P. (2005). Affect: From Information to Interaction. Paper presented at *Critical Computing Fourth Decennial Aarhus Conference.* Aarhus, Denmark, 2005, 59-68.

Cairns, P., & Cox, L. A. (2008). *Research Methods for Human-Computer Interaction.* United Kingdom: Cambridge University Press.

Cohn, J.F., Ambadar Z., Ekman, P. (2005). Observer-Based Measurement of Facial Expression with the Facial Action Coding System. in J. A. Coan & J. B. Allen (Eds.), *The handbook of emotion elicitation and assessment. Oxford University Press Series in Affective Science.* New York: Oxford.

Cohn, J.F., Reed, L.I., Moriyama, T., Xiao, J., Schmidt, K.L., Ambadar, Z. (2004). Multimodal coordination of facial action, head rotation, and eye motion. Paper presented at *Sixth IEEE International Conference on Automatic Face and Gesture Recognition.* 645-650, 17-19 May, 2004, Seoul, Korea.

Crane, E., Peter C. (2006). A working definition for HCI specific emotion research, Paper presented at *2nd International Workshop on Emotion in HCI.* London, UK.

Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals (3rd Edition: 1998).* New York: Academic Press.

Dix, A., Finlay, J., Abowd, G. D., Beale, R. (2004). *Interazione uomo-macchina.* Milano: McGraw-Hill Companies.

Ekman, P. (1973). Cross-cultural studies of facial expression. In P. Ekman (A cura di). *Darwin and facial expression: A century of research in* review,169-222. New York: Academic.

Ekman, P. (1980). Facial asymmetry. *Science,* 209, 833-834.

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.

Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist, 48*, 384-392.

Ekman, P. (1999). Facial Expressions. In T. Dalgleish, M. Power (A cura di), *Handbook of Cognition and Emotion.* New York: Wiley & Sons.

Ekman, P., Friesen, W.V. (1978). *Facial action coding system.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Ekman, P., Rosenberg, E. (A cura di). (2005). *What the face reveals* (2nd ed.). New York: New York.

Etcoff, N.L., Magee, J.J. (1992). Categorical perception of facial expressions. *Cognition,* 44, 227-240.

Fabri, M., Moore, D., Hobbs, D. (2004). Mediating the Expression of Emotion in Educational Collaborative Virtual Environments: An Experimental Study. *International Journal of Virtual Reality*, 7(2), Springer Verlag, London, 66-81.

Fridlund, A.J. (1992). The behavioral ecology and

sociality of human faces. In M. S. Clark (A cura di). *Emotion.* Newbury Park, CA: Sage Publications.
Frydrych, M., Kätsyri, J., Dobsik, M., Sams, M. (2003). Toolkit for animation of finish talking head. Paper presented at *International Conference on Audio-Visual Speech Processing* (AVSP 2003). St.Jorioz.
Galati, D. (1993). *Le emozioni primarie.* Torino: Bollati Boringhieri.
Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W., Gross, J. J. (2008). The neural bases of Emotion Regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry*, 63(6), 577-586.
Gros S., Dupire J., Natkin S., 2009. Affective Interaction: Challenges at the Ubiquitous Computing Times. In S. Natkin and J. Dupire (Eds.). Paper presented at *Entertainment Computing – ICEC 2009.* 5709, 331–332.
Gross, JJ (2007). *The Handbook of Emotion Regulation.* NewYork: Guilford Press.
Hatfield, E., Cacioppo, J.T., Rapson, R.L. (1992). Primitive emotional contagion. In M. S. Clark (A cura di). *Emotion and Social Behavior.* Newbury Park, CA: Sage Publications.
Hess, U., Philippot, P. (Eds.), 2007. *Group Dynamics and Emotional Expression.* New York: Cambridge University Press.
Hess, U., Blairy, S., Kleck, R.E. (1997). The intensity of emotional facial expressions and decoding accuracy. *Journal of Nonverbal Behavior,* 21 (4), 241–257.
Izard, C.E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
Izard, C.E. (1979). *Facial expression scoring manual (FESM).* Newark, Delaware: University of Delaware.
Kaiser, S. (2002). Facial expressions as indicators of “functional” and “dysfunctional” emotional processes. In M. Katsikitis (A cura di). *The human face: Measurement and meaning.* Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
Kätsyri, J., Klucharev, V., Frydrych, M., Sams, M. (2003). Identification of synthetic and natural emotional facial expressions. Paper presented at the *International Conference on Audio-Visual Speech Processing (AVSP 2003)*, St. Jorioz.
Kompus, K., Hugdahl, K., Öhman, A., Marklund, P., Nyberg, L., (2009). Distinct control networks for cognition and emotion in the prefrontal cortex. *Neuroscience Letters*, 467, 76–80.
Kopp, S., Wachsmuth, I. (1999). Natural timing in coverbal gesture of an articulated figure, Working notes. Paper presented at the *Workshop Autonomous Agents*, Seattle, WA.Levenson, R.W., Ekman, P., Friesen, W.V. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology,* 27, 363-384.
Norman, D. A. (2004). *Emotional design. Perchè amiamo (o odiamo) gli oggetti di tutti i giorni*. Milano: Apogeo Editore.
Norman, D. A., Draper, S. W. , (1986). *User Centered System Design: New Perspectives on Human-computer Interaction.* Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates. Ochsner, K.N., Bunge, S.A., Gross, J.J., Gabrieli, J.D.E. (2002). Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion, *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 1215–1229.
Ochsner, K.N., Ray, R.D., Cooper, J.C., Robertson, E.R., Chopra, S., Gabrieli, J.D.E., Gross, J.J. (2004). For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *Neuroimage*, 23, 483–499.
O'Toole, A.J., Abdi, H., Jiang, F., Phillips, J. (2007). Fusing face recognition algorithms and humans. *IEEE: Transaction on Systems, Man, & Cybernetics - Part B,* 37.
Peter, C., Herbon, A. (2006). Emotion Representation and Physiology Assignments in Digital Systems, *Interacting With Computers*, 18/2, Elsevier, 139-170
Picard, R.W. (1997). *Affective computing.* MIT Press, MA, USA: Cambridge.
Pollak, S. D., Messner, M., Kistler, D. J., Cohn, J. F. (2009). Development of perceptual expertise in emotion recognition. *Cognition*, 110(2), 242-247.
Praseeda LekshmiV., Sasikumar, M. (2009). Analysis of Facial Expression using Gabor and SVM. *International Journal of Recent Trends in Engineering*, Vol. 1, No. 2.47-50.Quirk, G.J., Beer, J.S. (2006). Prefrontal involvement in the regulation of emotion: convergence of rat and human studies. *Current Opinion in Neurobiology*, 16, 723–727.
Roark, D., Barrett, S.E., Spence, M.D., Abdi, H., and O'Toole, A.J. (2003). Psychological and neural perspectives on the role of facial motion in face recognition. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2(1), 15-46.
Russell, J. A. (1994). Is there universal recognition of emotion from facial expression? A review of the cross-cultural studies. *Psychological Bulletin,* 115, 102-141.
Schöner, G., Kelso, J.A.S. (1988). Dynamic pattern generation in behavioral and neural systems, *Science*, 239, 1513-1520.
Shneiderman, B. (1992). *Designing the User Interface: Strategies for Effective Human-Computer Interaction* (2nd edn.). Reading, MA: Addison -Wesley.
Sloan, D.M., Straussa, M.E., Quirka, S.W., Sajatovic, M. (1997). Subjective and expressive emotional responses in depression. *Journal of Affective Disorders,* 46, 135-141.
Tan, A., Muhlberger, R., (2009). *From Operator to Interaction: Designing an Affective Computing System for Interactive Lighting.* Boston, MA: ACM.
Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness*. New York: Springer.
Widen, S. C., Russell, J. A. (2008). Children’s and adults’ understanding of the “disgust face“. *Cognition and Emotion,* 22, 1513-1541.
Zhang, L., Snavelvelyn, N., Curless, B., Seitz, M. S. (2004). Spacetime faces: high resolution capture for modeling and animation. Paper presented at *SIGGRAPH2004*, 23 (3), 548-558.

La Scala di Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Medica: Costruzione e validazione di un nuovo strumento di misura in un'ottica socio-cognitiva

Vincenza CAPONE, Giovanna PETRILLO

Università Federico II, Napoli - Dipartimento di Scienze Relazionali "G.Iacono"

ABSTRACT - *Scale of Perceived self-efficacy in medical community* - Aim of this paper is to present the results of the construction and validation of the Medical Communication's Perceived Self-Efficacy Scale, designed to assess physicians' beliefs regarding their ability to successfully manage problematic situations related to communication with the patient, with reference to three key phases of the clinical interview: the phase of collecting information, the phase of return of information to the patient and the phase of creating and maintaining the relationship. 150 hospital doctors were contacted, which the instrument was administrated to. The responses of the doctors were subjected to exploratory analysis. The 636 physicians (belonging to different specialties and hospital departments) were contacted and administered a self-report questionnaire. The subjects' responses underwent exploratory and confirmative analyses. The scale, which in the final version consists of 31 items, has a eight dimensions structure and is designed to detect different aspects of doctor's communication self-efficacy (asking questions, active listening, giving information, communicating a bad diagnosis, non-verbal communication, recognizing prompts and clues given by the patient, checking the information received, empathy). The results underscore the potentiality of the scale in assessing the perceptions of communicative self-efficacy of doctors, it can best be applied in the empirical study of factors influencing doctor-patient communication and be used in educational interventions aimed at enhancing the communication skills of doctors. KEYWORDS: Communication Self-efficacy; Social Perception and Cognition; Developmental Scales & Schedules; Hospital doctor; Doctor-Patient Communication.

RIASSUNTO - Il lavoro ha l'obiettivo di presentare i risultati della costruzione e della validazione della Scala di Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Medica, volta a valutare le convinzioni dei medici relative alla capacità di gestire con successo le situazioni problematiche riferite alla comunicazione con il paziente rispetto a tre fasi essenziali del colloquio clinico: raccolta delle informazioni, restituzione delle informazioni al paziente, creazione e mantenimento della relazione. Sono stati contattati 150 medici ospedalieri a cui è stato somministrato lo strumento. Le risposte dei partecipanti sono state sottoposte ad Analisi Fattoriali Esplorative. Sono stati poi contattati 636 medici (di diverse specializzazioni e appartenenti a reparti Ospedalieri differenziati) a cui è stato somministrato un questionario *self-report*. Le risposte dei medici sono state sottoposte ad Analisi Esplorative e Confermative. Lo strumento, che nella versione definitiva si compone di 31 item, presenta una struttura ad otto dimensioni ed è volto a rilevare diversi aspetti dell'autoefficacia comunicativa del medico (fare domande, ascolto attivo, dare informazioni, comunicare una diagnosi infausta, comunicazione non verbale, riconoscere indizi e suggerimenti dati dal paziente, controllare le informazioni ricevute, empatia). I risultati sottolineano le potenzialità dello strumento nel valutare le percezioni di autoefficacia comunicativa dei medici; esso può trovare applicazione ottimale nello studio empirico dei fattori che influenzano la comunicazione m-p ed essere utilizzato in interventi formativi volti al potenziamento delle *communication skills* dei medici. PAROLE CHIAVE: Autoefficacia comunicativa; Percezioni sociali e cognizione; Sviluppo di scale di misura; Medici ospedalieri; Comunicazione medico-paziente.

Introduzione

Una diagnosi accurata, un trattamento farmacologico mirato sono elementi importanti per un corretto esercizio delle funzioni mediche. Ma, da soli, essi risulterebbero poco efficaci se non fossero accompagnati da una corretta comunicazione tra medico e paziente (Zani, Cicognani, 2000).

Tra tutti gli aspetti del trattamento medico, lo scambio comunicativo è uno degli elementi che maggiormente influisce sulla soddisfazione del paziente rispetto all'interazione con il medico. Il tempo che il medico dedica a fornire informazioni chiare e spiegazioni comprensibili, il lessico che utilizza, la prossemica, la disponibilità, il suo modo di rapportarsi al paziente sono elementi che incidono sulla comprensione della malattia da parte di quest'ultimo e sul suo livello di soddisfazione. Una buona comunicazione apporta molteplici benefici anche al medico: lo fa sentire un professionista appagato, gli consente di giungere ad una diagnosi corretta in tempi più brevi (Suchman *et al.*, 1993; Borella, 2004). In ambito sanitario sempre più numerosi sono i lavori che si sono concentrati sulle caratteristiche di un buon comunicatore (Suzuki *et al.*, 2007). È stato messo in luce il valore della dimensione affettiva e morale nella pratica

medica, includendo la compassione, l'empatia, l'affidabilità, il rispetto, l'onestà e l'integrità, ma anche le abilità di intervista, di comunicazione della diagnosi e della prognosi e la capacità di ascolto attivo. Un'efficace comunicazione è, dunque, una funzione clinica essenziale nello svolgimento della professione medica, che non può essere assolutamente delegata né sottovalutata (*General Medicine Center,* 1998).

Molti lavori hanno inoltre evidenziato come le abilità comunicative possano essere insegnate e apprese (Simpson *et al.*, 1991; Maguire, Pitceathly, 2002), purché si verifichi un cambio di prospettiva da parte dei clinici che permetta loro di guardare alla comunicazione come ad un elemento centrale nello svolgimento della professione medica (Dale *et al.,* 1997). Tuttavia pochi studi hanno esaminato in profondità le percezioni di autoefficacia nella comunicazione tra medico e paziente: come si può pensare di migliorare le abilità comunicative dei medici senza sapere quanto essi stessi si percepiscono dei comunicatori efficaci? Le percezioni di autoefficacia (Bandura, 1997) sono un importante fondamento per l'azione: gli individui non hanno motivo di agire e di impegnarsi se non ritengono di essere all'altezza della situazione o di avere ragionevoli possibilità di riuscita in specifici ambiti delle loro vite. Essi inoltre non contano su capacità che non sanno di possedere. L'autoefficacia è un costrutto motivazionale, uno dei processi cognitivi principali dell'autoregolazione, che, oltre ad influenzare le scelte iniziali relative ad una data attività, influenza il livello dei risultati (Lent *et al.*, 1987). Analizzare le percezioni di efficacia personale nella comunicazione del medico è dunque il primo passo per comprendere come questi si relaziona al paziente.

Le percezioni di autoefficacia nella comunicazione tra medico e paziente

La teoria socio-cognitiva riconosce alla mente la proprietà di sistema emergente caratterizzato da ampi gradi di iniziativa ed autonomia. La mente umana, infatti, non solo reagisce agli stimoli del mondo esterno ed interno, ma agisce in maniera trasformativa su di essi, tramite processi e strutture che integrano l'esperienza e dirigono la condotta secondo mete e standard personali, rendendo conto dell'unità, della coerenza e della continuità della personalità (Caprara, 2001). In quest'ottica assumono particolare rilievo le percezioni di autoefficacia. L'autoefficacia percepita è intesa come la convinzione che le persone hanno nelle proprie capacità di mettere in atto e regolare il corso di azioni necessario a gestire in modo adeguato le situazioni che incontreranno in modo tale da raggiungere i risultati prefissati (Bandura, 1997). Essa "corrisponde alla convinzione che l'individuo ha di essere capace di dominare specifiche attività, situazioni o aspetti del proprio funzionamento psicologico e sociale" (Caprara, 2001, pag. 8). Più i soggetti sono convinti di poter agire in maniera efficace, più alti saranno gli scopi che si proporranno e maggiore sarà l'impegno e la perseveranza che impiegheranno nell'esecuzione delle proprie azioni. La convinzione di essere in grado di dominare le situazioni con le quali il soggetto si confronta fa infatti percepire le difficoltà come occasioni per mettersi alla prova e per migliorarsi.

In ambito sanitario è stato dimostrato come le convinzioni di autoefficacia abbiano una forte influenza sulle pratiche comportamentali del medico (Thompson, 1993). Non sono però molti gli studi che si sono occupati in modo specifico dell'autoefficacia comunicativa tra operatori sanitari e pazienti. Hyman e colleghi (1992) hanno approfondito il ruolo dell'autoefficacia nella valutazione della capacità dei medici di consigliare i pazienti sui fattori collegati agli stili di vita, come ad esempio il colesterolo alto, evidenziando come i medici con bassi livelli di autoefficacia dedicassero pochissimo tempo ad affrontare l'argomento.

Più recentemente Gramling e colleghi (2004) hanno approfondito il ruolo delle convinzioni di efficacia dei medici di base nel consigliare uno screening preventivo a quei pazienti che in famiglia avevano avuto un caso di cancro. Gli autori hanno evidenziato come, benché i medici credessero che i controlli per un rischio di cancro ereditario fossero necessari, non si sentissero capaci di comunicarlo adeguatamente al paziente e questo li spingeva a lasciar perdere: a conferma che il possesso di conoscenze e abilità non basta di per sé a ottenere prestazioni di livello elevato se manca la fiducia di poter utilizzare adeguatamente tali abilità.

Secondo uno studio sulle determinanti dei comportamenti comunicativi nei confronti di pazienti affetti da cancro terminale (Parle, Maguire e Heaven, 1997) sono essenziali per una comunicazione efficace fattori quali le conoscenze, i livelli di abilità, l'autoefficacia e le aspettative di risultato, il supporto psicologico e sociale. Poche abilità, una bassa autoefficacia, aspettative di risultato negative e mancanza di supporto incrementano l'ansia anticipatoria dei medici e l'utilizzo di stili di coping auto-protettivi quali il distanziamento e l'evitamento. I professionisti della salute con abilità adeguate, una ragionevole fiducia nelle proprie capacità di riuscita, aspettative di risulta-

to positive sia per i pazienti che per se stessi, sono maggiormente facilitati nelle comunicazione con i pazienti. Il che ha conseguenze positive sulla volontà di incrementare le abilità possedute.

Ammentorp e colleghi (2007) hanno recentemente indagato su alcune determinanti dell'autoefficacia comunicativa in operatori sanitari. Gli autori hanno rinvenuto che i medici, per il solo fatto di appartenere alla specifica categoria, avevano un livello di autoefficacia comunicativa più alto rispetto agli infermieri. Non sono state riscontrate, invece, differenze significative secondo l'età per entrambe le categorie, né tantomeno in base all'anzianità lavorativa. Inoltre, bassi livelli di stress percepito erano associati a più alti livelli di autoefficacia comunicativa.

Da una disamina dei lavori fin qui presentati emerge che molte ricerche sono ancora agli inizi, soprattutto per quanto riguarda gli strumenti di rilevazione. In alcuni di essi (Hyman, *et al.*, 1992) gli autori non presentano la scala. Nel lavoro di Gramling e colleghi (2004), lo strumento che valuta le convinzioni di efficacia dei medici di famiglia nel consigliare uno screening preventivo consta di pochi item, peraltro molto specifici. Il lavoro di Parle e colleghi (1997), invece, è riferito all'autoefficacia del medico specializzato in oncologia di comunicare con pazienti in fase terminale, rilevata con uno strumento costruito *ad hoc*: pertanto, tale interesse si concilia poco con finalità di ricerca in altri ambiti sanitari, cui lo strumento di rilevazione è difficilmente applicabile.

Obiettivi e ipotesi

Questo lavoro ha l'obiettivo generale di pervenire alla messa a punto di uno strumento originale specificamente volto a valutare le convinzioni dei medici relative alla capacità di gestire con successo le situazioni problematiche riferite alla comunicazione con i pazienti. Obiettivi specifici sono pertanto quelli della costruzione e della validazione della scala di Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Medica in ambito ospedaliero.

La Scala di Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Medica (da ora in poi Scala ACM) risponde all'obiettivo di misurare le convinzioni del medico ospedaliero di comunicare in maniera efficace con un paziente che ha già incontrato almeno una volta. La decisione di riferire la valutazione dell'autoefficacia ad un incontro successivo al primo nasce dalla numerosa letteratura sul primo incontro tra medico e paziente (Della Fave, 2007; Inui, Carter, 1995), che sostiene l'unicità di questo colloquio rispetto a tutti gli altri. La scala si propone dunque di valutare l'autoefficacia comunicativa del medico durante un intero colloquio con il paziente, ponendo il professionista della salute di fronte a diversi ostacoli e differenti profili di paziente: il suo livello di generalità è, pertanto, di tipo intermedio.

Non sono state formulate ipotesi riguardanti la struttura fattoriale e la consistenza interna della scala. Tuttavia, l'analisi di validità dello strumento è stata guidata da alcune ipotesi generali. La scala è stata infatti costruita facendo stretto riferimento alla letteratura sul tema, per cui si è ipotizzata una buona validità di contenuto. Per quanto riguarda la validità di costrutto, l'implementazione di un'analisi fattoriale esplorativa e confermativa dovrebbe evidenziare l'esistenza di un unico costrutto psicologico implicito che dà significato ai punteggi sulla scala. In merito alla validità concorrente, ci si aspettava una correlazione positiva e significativa tra la Scala ACM e l'indice di un costrutto reputato affine a quello di nostro specifico interesse: l'Autoefficacia Sociale Percepita (Pastorelli, Piconi, 2001). La scelta di questo strumento per la validità concorrente si è basata su una serie di valutazioni sulla natura sociale della comunicazione: saper comunicare in maniera efficace con un paziente non è indifferente rispetto a quanto i medici si sentono in grado di stabilire rapporti di collaborazione, di prendere l'iniziativa, di rappresentare i propri punti di vista e svolgere un rapporto attivo con un'altra persona. Le caratteristiche di un atto comunicativo e la varietà delle relazioni interpersonali che quotidianamente ci si trova ad affrontare giustificano una pluralità di capacità diverse in parte riconducibili a quelle appena elencate, il che ha consentito di ipotizzare l'esistenza di una correlazione tra le due scale, in quanto misure di costrutti tra loro interconnessi.

Verranno di seguito presentati i risultati di due fasi del processo di costruzione e validazione dello strumento, entrambe necessarie in relazione alle finalità più sopra enunciate. Una prima fase è consistita: a) nella messa a punto della Scala ACM sulla base della letteratura e seguendo le raccomandazioni di Bandura (2002, 2006); b) nell'analisi delle proprietà psicometriche della scala nella prima versione (pre-test). Successivamente verranno presentati i risultati della seconda fase, che ha comportato: a) la somministrazione della scala ad un campione di medici più ampio; b) l'analisi della struttura interna, dell'attendibilità e della validità dello strumento nella versione definitiva.

Prima fase: costruzione della Scala ACM e validazione della versione iniziale

La costruzione della Scala ACM

Per la costruzione della Scala ACM si è fatto riferimento alla letteratura sulla comunicazione ponendo attenzione ad alcuni aspetti essenziali: a) la definizione di comunicazione medica efficace (Stein, 2005), b) le abilità e le strategie proposte dall'approccio *patient centred* (Moja, Vegni, 2000) e c) la letteratura sulle *communication skills* in ambito medico (Frankel, Stein, 1999; Browns *et al.*, 1986; Lipkin, 1995; Epstein *et al.*, 1993; Back *et al.*, 2005). Tutto ciò, però, non è apparso sufficientemente esaustivo: la specificità e lo stretto ancoraggio situazionale che caratterizzano il costrutto di autoefficacia non consentivano di applicare questi lavori sistematicamente al contesto italiano. Occorreva inoltre una ricognizione delle sfide, degli ostacoli e delle situazioni critiche specifiche per il contesto ospedaliero. Pertanto, si è tenuto conto anche di uno studio preliminare condotto con una metodologia qualitativa coinvolgendo diversi medici ospedalieri campani, i cui risultati hanno consentito di avere maggiori informazioni sui profili di paziente con cui è più difficile comunicare e sugli ostacoli personali e contestuali ad una comunicazione efficace con esso. Le aree considerate per la costruzione della scala si riferiscono a tre fasi del colloquio tra medico e paziente, non sequenziali l'una rispetto all'altra bensì copresenti - raccolta delle informazioni, restituzione di informazioni al paziente; creazione e mantenimento della relazione (Cohen Cole, 1991) -, nonché alle *skills* essenziali per la messa in atto di un'efficace comunicazione. Per comodità di esposizione le *skills* sono riferite alle suddette fasi, ricordando che non vi è una sequenza prestabilita nell'utilizzo di tali abilità, come non vi sono fasi standard del colloquio clinico e che le *communication skills* sono parte integrante di un processo di consultazione. Per la raccolta delle informazioni sono necessarie diverse abilità: le *questioning skills* (Cox *et al.*, 1981), ovvero la capacità del medico di fare domande, di sollecitare il punto di vista del paziente; le *prompts* e *cues skills* (Brown *et al.*, 1986), che consistono nella capacità di riconoscere e utilizzare gli indizi e i suggerimenti lanciati dal paziente, sollecitando l'espressione dell'informazione in essi custodita; e le *active listening skills* (Lipkin, 1995), che si riferiscono all'uso del silenzio, alle "tecniche di continuazione", al tempo dedicato al paziente, al rispetto del turno di parola.

Per la fase di restituzione delle informazioni ritroviamo le *checking skills* (Cohen Cole, 1991), che riportano al controllo delle informazioni ricevute e date al paziente; le abilità di comunicazione della diagnosi (Bensing, Verhaak, 2009), che consistono nella capacità di spiegare al paziente con parole chiare la patologia di cui soffre; e le *talking skills* (Borella, 2004), cioè la capacità di parlare al paziente in maniera appropriata, utilizzando un linguaggio comprensibile, fornendo un'informazione di carattere medico-clinico chiara, priva di termini tecnici e ordinata nella sequenza di contenuti.

Infine, la fase di mantenimento della relazione si riferisce: alle *reflection skills*, che costituiscono una modalità di restituzione empatica delle informazioni che riguardano l'agenda del paziente, in particolare la dimensione dei suoi sentimenti; alla capacità di essere empatici, che si riferisce all'elicitazione dei sentimenti, all'uso di parafrasi nel ripetere ciò che dice il paziente, all'uso del silenzio e all'ascolto interessato anche di ciò che il paziente fa fatica a dire; e, infine, si riferisce all'abilità di gestione del "non verbale" (Silverman *et al*, 1998), un'abilità traversale che consiste nel saper gestire e controllare in maniera appropriata i gesti e soprattutto nel "reggere" lo sguardo del paziente mentre gli si parla (Moja, Vegni, 2000).

La formulazione degli item della Scala ACM si è generalmente basata sull'integrazione degli elementi presenti in letteratura con quelli emergenti dallo studio qualitativo. Ad esempio, nel caso delle *checking skills*, tra le attività comunicative indicate dalla letteratura in cui l'abilità si concretizza (Moja, Vegni, 2000), ritroviamo l'utilizzo di parafrasi e brevi ricapitolazioni. Nella formulazione dell'item, tenendo conto di tali attività, è stato proposto al medico un ostacolo specifico all'efficacia comunicativa, emerso dalle interviste, che vede i medici affidare il controllo delle informazioni al loro intuito piuttosto che ad una reale verifica. L'item in questione è stato, dunque, così formulato: "quanto si sente capace di verificare con domande dirette se il paziente ha recepito la diagnosi, *anche se dalle affermazioni che fa le sembra che abbia capito*" (il corsivo sta ad indicare che è un'espressione utilizzata dai medici intervistati). Per ciascuna delle abilità proposte sono stati individuati dei compiti specifici e delle difficoltà che sono confluiti nella formulazione degli item (Tabella 1).

Tabella 1. Scala ACM: esempi di item concernenti abilità specifiche di ciascuna area

Abilità	**Definizione di abilità**	**Esempio di item**
Area 1: Fase di raccolta delle informazioni		
Questioning skills	Sollecitare il punto di vista del paziente, identificare i sintomi e le informazioni necessarie a inquadrare la sua situazione sia dal punto di vista clinico che psico-sociale, utilizzare adeguatamente le *trigger questions*.	Quanto si sente capace di sollecitare il paziente che parla poco ad esprimere quali sono le sue aspettative rispetto all'esito del vostro incontro
Prompts e cues skills	Riconoscere gli indizi e i suggerimenti lanciati dal paziente e saperli utilizzare, sollecitando l'espressione dell'informazione in essi custodita.	Quanto si sente capace di capire dai pochi accenni fatti dal paziente che ha delle difficoltà ad accettare la terapia
Active listening skills	Ascoltare con attenzione il paziente, gestire la comunicazione non verbale e rispettare il turno di parola.	Quanto si sente capace di ascoltare il paziente con attenzione anche in presenza di colleghi che vedono questa prassi una perdita di tempo
Area 2: Fase di restituzione delle informazioni		
Talking skills	Parlare con il paziente utilizzando un linguaggio non settoriale	Quanto si sente capace di spiegare con un linguaggio semplice il referto di un esame, per esempio di una TAC
Comunicazione della diagnosi	Riuscire a comunicare una diagnosi infausta	Quanto si sente capace di comunicare una diagnosi infausta al paziente particolarmente emotivo
Checking skills	Accertarsi che il paziente abbia recepito ciò che gli è stato appena riferito, testandone l'effettiva comprensione.	Quanto si sente capace di verificare con domande dirette se il paziente ha recepito la diagnosi, anche se dalle affermazioni che fa le sembra che abbia capito
	Verificare se quello che il medico ha compreso coincide con le informazioni fornite dal paziente.	Quanto si sente capace di riproporre sinteticamente le informazioni espresse dal paziente in momenti diversi della visita, anche se il colloquio è già durato a lungo
Area 3: Fase di costruzione e mantenimento della relazione		
Uso del non verbale	Utilizzo delle espressioni facciali, dello sguardo, e dell'orientamento del corpo per mettere a proprio agio il paziente.	Quanto si sente capace di guardare negli occhi il paziente mentre gli sta proponendo un'indagine strumentale che il paziente non condivide
L'empatia	Rispettare e interessarsi al paziente. Restituire in maniera empatica delle informazioni che riguardano l'agenda del paziente, in particolare la dimensione dei suoi sentimenti.	Quanto si sente capace di mostrarsi "accogliente" con il paziente che ha avuto un'esperienza negativa con un suo collega di reparto

Metodologia dello studio di pre-test

Campione

In questa prima fase di somministrazione sono stati coinvolti 150 medici che lavorano in Ospedali afferenti a diverse province della Campania. Essi sono in maggioranza uomini (M = 74.7%; F = 24.7%), con un'età che varia dai 30 ai 63 anni (media = 49.35 anni; D.S. = 6.5). La maggior parte dei partecipanti occupa in ospedale una posizione di rilevo: il 72.7% del campione è infatti dirigente di primo livello, il 16.0% è dirigente medico di secondo livello, l'8.7% responsabile del servizio, mentre il restante 2.7% è ricercatore.

Misure

E' stata utilizzata una metodologia di tipo quantitativo, avvalendosi di un questionario, il cui primo strumento era costituito dalla Scala ACM, da noi costruita. In questo primo studio la scala è stata somministrata ad un campione ridotto di medici seguendo i suggerimenti di Osterlind (1989), secondo il quale nell'implementare uno studio di pre-test, il campione dovrebbe includere almeno tra i 50 e i 100 partecipanti per permettere di evidenziare gli item più problematici e di difficile comprensione, di valutare l'efficacia delle istruzioni e verificare eventuali errori nella presentazione dello strumento.

Nella sua versione iniziale la Scala ACM è composta da 64 item: 19 tesi a rilevare le percezioni di autoefficacia nella fase di raccolta delle informazioni, 23 inerenti la fase di restituzione delle informazioni e 22 la fase di costruzione e mantenimento della relazione. Gli item sono valutati su una scala a cinque punti (da 1 = per niente capace, a 5 = del tutto capace). Essa è introdotta dalle seguenti istruzioni: "Le affermazioni del questionario fanno riferimento ad alcuni aspetti di un colloquio con il paziente a volte difficili da affrontare. Legga attentamente le domande ed indichi quanto si sente capace di affrontare ciascuna situazione descritta, segnando il numero corrispondente al suo livello di capacità. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, immagini di trovarsi in ciascuna delle situazioni descritte e risponda sinceramente".

La consegna, invece, recita in questo modo: "In occasione di una visita in ospedale ad un suo paziente che ha già incontrato almeno una volta, quanto si sente capace di..". Si è scelto di non inserire alla fine di ogni quesito il punto interrogativo in quanto, data anche la numerosità degli item, non si voleva creare un effetto ottico sconveniente per i rispondenti.

Al fine di verificarne la validità concorrente, la scala è stata somministrata insieme ad un altro strumento: la scala di Autoefficacia Sociale Percepita (Pastorelli, Picconi, 2001). Essa rileva le convinzioni relative alle capacità dei soggetti di inserirsi facilmente, di sentirsi a proprio agio e di svolgere un ruolo proattivo in situazioni sociali, a volte nuove. È costituita da 15 item; per ciascun item i soggetti valutano il grado in cui ritengono di essere capaci di gestire le relazioni sociali su una scala a cinque punti (1 = per nulla capace; 5 = del tutto capace; α = .96).

Oltre alle suddette scale è stata somministrata una scheda per la rilevazione dei dati socio-demografici e di altri dati relativi allo svolgimento della professione medica (anni di servizio, anni di lavoro nello stesso Ospedale).

Procedure

Il questionario, self-report, è stato consegnato ai medici da un ricercatore previa autorizzazione dei primari dei reparti ospedalieri interessati. La partecipazione era su base volontaria. Ai rispondenti è stato garantito l'anonimato. Non sono stati dati limiti di tempo alle risposte, comunque il questionario è stato compilato mediamente in 40 minuti.

Le procedure di elaborazione dei dati raccolti verranno illustrate nel corso della presentazione dei risultati.

RISULTATI DELLE ANALISI DELLE PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DELLA SCALA ACM NELLA VERSIONE INIZIALE

I punteggi medi delle risposte alla Scala ACM (64 item) variano da 4.30 a 2.91 e la deviazione standard da 1.15 a 0.75. Dall'analisi delle asimmetrie e delle curtosi non sono emersi valori tali da portare all'eliminazione di alcun item.

Il Bartlett's sphericity test - pari a X^2(2016, N = 150) = 7665.35, p < 0.000 - e il Kaiser–Meyer–Olkin index - KMO = 0.91 - hanno garantito che la matrice delle correlazioni potesse essere sottoposta ad analisi fattoriale. La dimensionalità della scala è stata investigata attraverso un'Analisi Fattoriale Esplorativa con il metodo della Fattorizzazione dell'asse principale e, per facilitarne l'interpretazione (Fabrigar et al., 1999), con rotazione Promax data l'alta relazione ipotizzata tra fattori (Nunnally, Bernstein, 1995). Dall'analisi sono emersi 11 fattori con autovalore maggiore di 1: insieme essi spiegano il 61.67% della varianza totale. Sulla base di questa analisi è stato necessario eliminare via via 9 item con saturazione minore di .30 o con doppia saturazione (Stevens, 1992), il che ha consentito un primo alleggerimento dello strumento con una numerosità di item ridottasi a 55. Gli item eliminati via via sono: 17, 31, 55, 10, 48, 43,39, 52, 38. Per economia del testo non viene presentata la tabella riassuntiva.

Per verificare l'attendibilità della scala si è fatto riferimento all'Alpha di Cronbach, così come suggerito anche da Bandura (2006). Il Coefficiente di Attendibilità dell'intera scala, formata da 64 item, era già molto elevato (α = .98). Anche la soluzione a 55 item ha mantenuto un Alpha di Cronbach elevato, pari a .95.

Infine abbiamo ripetuto il Bartlett's sphericity test - pari a X^2(1540, N = 150) = 7665.35, p < 0.000 - e il

Kaiser–Meyer–Olkin index - KMO = 0.88. Gli 11 fattori spiegano il 66.99% della varianza totale.

I risultati dell'analisi di correlazione bivariata mostrano che la Scala ACM (versione a 55 item) ha una elevata correlazione con l'Autoefficacia Sociale Percepita ($r = .65$; $p < .001$). Ciò indica una buona validità concorrente: la forza dell'associazione dimostra, infatti, che si tratta di due costrutti tra loro affini, ma non sovrapponibili l'uno all'altro.

Seconda fase: analisi delle proprietà psicometriche della Scala ACM nella versione a 55 item

METODOLOGIA

Campione

Sono stati contattati medici specialisti campani di diverse specializzazioni e appartenenti a reparti Ospedalieri Pubblici e Privati differenziati. I partecipanti, 636 medici, sono in maggioranza uomini (M = 67.4% e F = 32.1%), con un'età che varia dai 29 ai 67 anni (media = 47.99 anni; D.S. = 8.68). La maggior parte occupa in ospedale una posizione di rilievo: il 60.4% del campione è infatti dirigente di primo livello, l'11.9% è dirigente medico di secondo livello, il 12.3% è responsabile del servizio, mentre il restante 16.4% è altro (ricercatore, contrattista, dottorando).

L'anzianità di lavoro, cioè gli anni di svolgimento della professione medica, è mediamente pari a 18.08 anni (range: 0-44; D.S. = 9.76). L'anzianità di lavoro nello stesso ospedale è mediamente di 13 anni (range 0-40; D.S. = 9.39). L'anzianità di reparto media è invece di 10.19 anni (range: 0-40; D.S. = 8.49). Le ore di lavoro che settimanalmente gli specialisti trascorrono in reparto sono 36.80 (range: 12-50; D.S. = 5.64).

Il 42.0% degli intervistati lavora in ospedali di Napoli e provincia, il 20.0% afferisce ad ospedali della provincia di Avellino, il 16.7% ad ospedali del salernitano, l'11.3% ad ospedali di Benevento e il 10.0% ad ospedali della provincia di Caserta.

Le specializzazioni dei soggetti contattati sono molto eterogenee: il 17.2% è specializzato in chirurgia generale, il 14.0% in cardiologia, il 14.7% in ginecologia e ostetricia, il 5.1% in anestesia e rianimazione, l'8.4% in medicina interna, il 7.5% in neurologia, il 5.7% in ortopedia, il 3.3% in radiologia, il 2.9% in oculistica, il 2.4% in ematologia, il 2.2% in diabetologia, il 2.2% in dermatologia, il 2.2% in otorinolaringoiatria. Sono stati esclusi dal campione gli specialisti in psichiatria, dal momento che essi utilizzano la comunicazione come strumento privilegiato di diagnosi e terapia; i pediatri, in quanto il rapporto con il paziente è solitamente mediato da un adulto e gli specialisti in oncologia e medicina di emergenza per la peculiarità delle loro specializzazioni.

Strumenti e Procedure

Lo strumento di indagine è consistito in un questionario che comprendeva, oltre ad una scheda per la rilevazione dei dati socio-demografici, la Scala ACM nella versione a 55 item e la Scala di Autoefficacia Sociale Percepita (Pastorelli, Picconi, 2001), già utilizzata nel primo studio ($\alpha = .95$).

Il questionario, intitolato "Lavorare in ospedale. Una ricerca sulla professione medica ospedaliera", si componeva in totale di 80 item ed era introdotto da una consegna generale in cui, oltre a dare sintetiche indicazioni sulle ragioni del nostro lavoro e garantire l'anonimato delle informazioni, venivano date istruzioni sulle modalità di risposta.

Lo strumento, self-report, è stato consegnato ai medici da un ricercatore specializzato in Psicologia della salute e da tirocinanti in psicologia, che avevano ricevuto una formazione specifica sul progetto di ricerca e un addestramento sulle modalità di presentazione. Per la somministrazione sono stati contattati i direttori Generali e/o Sanitari dell'Aziende Ospedaliere che hanno autorizzato l'accesso al campo per la consegna dello strumento e allertato i primari dei diversi reparti: solo a quel punto sono stati contattati i medici, la cui partecipazione è stata volontaria. Il questionario anonimo veniva restituito in busta chiusa per garantire la privacy. Il tempo di compilazione medio è stato di 30 minuti.

RISULTATI DELLE ANALISI DELLE PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DELLA SCALA ACM NELLA VERSIONE A 55 ITEM

Analisi delle asimmetrie e delle curtosi

Gli item della Scala ACM nella versione estesa (55 item) mostrano una buona approssimazione alla curva normale (Tabella 2). La media degli item va da 2.78 (item 64) a 4.10 (item 25). La deviazione standard varia da 0.80 (item 58) a 1.08 (item 28).

Tabella 2. Media, Deviazione Standard, Asimmetria e Curtosi della Scala ACM (versione a 55 item). I numeri degli item si riferiscono alla scala iniziale a 64 item

Item	Media	DS	Asim	Curt	Item	Media	DS	Asim	Curt
v25	4.10	0.84	-0.56	-0.31	**v15**	3.64	0.90	0.00	-0.65
v24	4.09	0.87	-0.60	-0.23	**v2**	3.62	0.84	0.05	-0.51
v23	3.98	0.89	-0.41	-0.78	**v34**	3.59	0.82	-0.04	-0.19
v27	3.94	0.86	-0.38	-0.40	**v29**	3.58	0.85	-0.01	-0.24
v61	3.88	0.93	-0.44	-0.41	**v7**	3.58	0.84	-0.06	-0.19
v51	3.87	0.88	-0.26	-0.72	**v4**	3.57	0.88	-0.05	-0.50
v1	3.84	0.92	-0.22	-0.72	**v18**	3.57	0.95	-0.07	-0.71
v47	3.84	0.89	-0.33	-0.46	**v14**	3.52	0.98	-0.11	-0.57
v40	3.84	0.88	-0.32	-0.58	**v57**	3.52	0.92	-0.11	-0.27
v56	3.83	0.96	-0.51	-0.21	**v16**	3.51	0.96	-0.13	-0.59
v22	3.82	0.94	-0.35	-0.54	**v36**	3.51	0.93	-0.24	-0.28
v45	3.76	0.89	-0.12	-0.65	**v53**	3.48	0.95	-0.03	-0.40
v6	3.74	0.80	0.10	-0.61	**v59**	3.48	0.83	0.05	-0.47
v54	3.74	0.85	-0.26	-0.26	**v58**	3.47	0.80	0.34	-0.30
v49	3.74	0.88	-0.18	-0.53	**v30**	3.44	0.96	-0.21	-0.45
v26	3.73	0.88	-0.19	-0.43	**v63**	3.44	0.88	0.13	-0.49
v50	3.73	0.86	-0.15	-0.55	**v9**	3.44	0.92	-0.05	-0.46
v12	3.73	0.90	-0.17	-0.63	**v5**	3.43	0.93	-0.02	-0.60
v13	3.73	0.89	-0.13	-0.79	**v32**	3.40	0.95	-0.14	-0.30
v44	3.73	0.90	-0.13	-0.58	**v37**	3.38	0.93	-0.09	-0.26
v28	3.72	1.08	-0.33	-0.88	**v33**	3.38	0.91	0.02	-0.22
v60	3.71	0.80	0.09	-0.71	**v35**	3.31	0.95	-0.06	-0.43
v41	3.70	0.93	-0.38	-0.24	**v62**	3.21	0.98	-0.04	-0.32
v3	3.70	0.86	-0.13	-0.39	**v19**	3.07	0.93	0.18	-0.28
v8	3.67	0.86	-0.13	-0.36	**v21**	2.88	0.94	0.14	-0.19
v46	3.67	0.91	-0.16	-0.52	**v20**	2.83	1.04	0.14	-0.40
v42	3.65	0.90	-0.18	-0.25	**v64**	2.78	1.08	0.20	-0.43
v11	3.65	0.97	-0.25	-0.48					

Analisi della struttura interna dello strumento e stime di attendibilità

Per analizzare la consistenza interna dello strumento è stata inizialmente calcolata la correlazione tra il punteggio degli item e quello della scala totale. I coefficienti variano da 0.42 (item 28) a 0.67 (item 53) e sono considerati adeguati poiché maggiori di 0.30 (Nunnally, Bernstein, 1995).

L'indice KMO è pari a 0.95 e il Bartlett's sphericity test è X^2 = 18705.02, $p < 0.0000$ (1485, N = 636), indicando una forte relazione tra le variabili e che il data-set può essere sottoposto ad analisi fattoriale. Anche in questo caso è stata eseguita un'Analisi Fattoriale Esplorativa con il metodo della Fattorializzazione dell'asse principale e rotazione Promax.

Considerando gli autovalori maggiori di 1, la soluzione adeguata è risultata essere quella ad 8 fattori. È stato necessario eliminare diversi item con doppia saturazione o con saturazione minore di .30. In particolare sono stati eliminati via via 24 item: 12, 18, 30, 26, 29, 32, 61, 33, 34, 28, 40, 41, , 47, 49, 50, 51, 60, 59, 58, 57, 42, 56, 54, 53.

Con il restante set di 31 item sono state nuovamente ripetute le analisi. L'indice KMO è pari a 0.94 e il Bartlett's sphericity test è X^2 = 17705.02, $p <$ 0.0000 (1455, N = 636).

Nella soluzione finale, considerando gli autovalori maggiori di 1, si è presentata nuovamente una soluzione a 8 dimensioni. Tale soluzione sembra adeguata considerando che dall'analisi "reproduced correlation matrix" solo pochi residui (1%) sono maggiori di 0.05 (McDonald, 1985). Gli otto fattori spiegano il 69.98% della varianza totale. Nessun item presenta saturazioni più elevate di .30 su più di un fattore. Inoltre i punteggi della "correlazione item-totale" e quelli dell' "Alpha di Cronbach se l'item è eliminato" evidenziano come non vi sia alcun ulteriore item da eliminare (Tabella 3).

Gli otto fattori emersi sono stati definiti come segue: Autoefficacia nel fornire informazioni chiare al

paziente (autovalore = 10.62); Autoefficacia nell'ascolto attivo (autovalore = 2.48); Autoefficacia nella comunicazione della diagnosi (autovalore = 2.04); Autoefficacia nel riconoscimento di indizi e suggerimenti dati dal paziente (autovalore = 1.66); Autoefficacia nella comunicazione non verbale (autovalore = 1.46); Autoefficacia nel fare domande (autovalore = 1.27); Autoefficacia empatica (autovalore = 1.12); Autoefficacia nel controllo delle informazioni date e ricevute (autovalore = 1.09).

Tabella 3. Scala ACM: Alpha di Cronbach per ciascun fattore, Saturazioni, Correlazioni item-totale e Alpha se l'item è eliminato

Item	Saturazioni	Corr. item-tot	Alpha item tolto
Fattore 1. ACM nel fornire informazioni chiare al paziente α = .90			
v24	0.95	0.82	0.86
v23	0.89	0.81	0.86
v22	0.74	0.72	0.89
v25	0.73	0.72	0.88
v27	0.63	0.70	0.89
Fattore 2. ACM nell'ascolto attivo α = .86			
v14	0.97	0.76	0.81
v15	0.80	0.72	0.82
v11	0.67	0.64	0.84
v16	0.64	0.65	0.84
V13	0.58	0.64	0.84
Fattore 3. ACM nella comunicazione della diagnosi α = .88			
v20	0.92	0.81	0.79
v19	0.87	0.80	0.80
v21	0.69	0.69	0.88
Fattore 4. ACM nel riconoscimento di indizi e suggerimenti dati dal paziente α = .77			
v8	0.89	0.61	0.71
v7	0.66	0.60	0.71
v6	0.50	0.52	0.74
v5	0.47	0.50	0.75
v9	0.42	0.61	0.71
Fattore 5. ACM nella comunicazione non verbale α = .86			
45	0.85	0.78	0.77
v46	0.82	0.73	0.81
v44	0.80	0.70	0.84
Fattore 6. ACM nel fare domande α = .82			
v3	0.89	0.68	0.75
v2	0.67	0.68	0.75
v4	0.65	0.60	0.78
v1	0.54	0.58	0.79
Fattore 7. ACM empatica α = .77			
v64	0.90	0.65	0.64
v62	0.69	0.60	0.70

v63	0.59	0.58	0.73
Fattore 8. ACM nel controllo delle informazioni date e ricevute α = . 78			
v36	0.87	0.67	0.64
v35	0.71	0.62	0.70
v37	0.55	0.56	0.76

L'Alpha di Cronbach dell'intera scala è pari a .93. È stata inoltre verificata l'attendibilità per cia-
scuna delle 8 dimensioni emerse dall'analisi fattoriale: i coefficienti di attendibilità variano da .77 a .90 (Tabella 3). I valori di Alpha uguali o maggiori di .70 sono stati considerati accettabili (Nunnally, Berstein, 1994).

Analisi delle proprietà psicometriche della Scala ACM nella versione finale

La validità della scala, ridotta a 31 item, è stata analizzata mediante Analisi Fattoriale Esplorativa e Confermativa. L'intero campione dei partecipanti è stato randomizzato e diviso a metà per incrementare la stabilità dei risultati.

6.1 Analisi Fattoriale Esplorativa

Un'Analisi Fattoriale Esplorativa è stata implementata sul primo campione (N = 314) per verificare l'adeguatezza della soluzione a 8 fattori. Anche in questo caso sono state utilizzate le stesse procedure delle precedenti analisi esplorative.

La soluzione a 8 fattori spiega il 69.98 % della varianza totale. Gli autovalori e le saturazioni sul fattore attestano l'identificazione degli stessi fattori emersi dall'analisi precedente: Autoefficacia nel fornire informazioni chiare al paziente (autovalore = 10.62); Autoefficacia nell'ascolto attivo (autovalore = 2.48); Autoefficacia nella comunicazione della diagnosi (autovalore = 2.04); Autoefficacia nel riconoscimento di indizi e suggerimenti dati dal paziente (autovalore = 1.66); Autoefficacia nella comunicazione non verbale (autovalore = 1.46); Autoefficacia nel fare domande (autovalore = 1.30); Autoefficacia empatica (autovalore = 1.11); Autoefficacia nel controllo delle informazioni date e ricevute (autovalore = 1.10) (Tabella 4).

Tabella 4. Medie, deviazioni standard, asimmetrie, curtosi, correlazioni item-totale, Alpha se l'item è eliminato, Alpha di Chronbach del primo (1, N= 314) e del secondo (2, N= 322) sub-campione, saturazioni emerse dall'EFA del primo sub-campione.

	Media 1/Media 2	Saturazioni 1	DS1/2	Asimmetria1/2	Curtosi1/2	Corr.I.tot1/2	α se canc 1/ 2
1. ACM nel fornire informazioni chiare al paziente (α 1 = .90/ α 2 = .90)							
v24	4.102/4.081	0.93	0.85/0.8	-0.54/-0.65	-0.46/-0.05	0.81/0.83	0.86/0.86
v23	3.997/3.966	0.85	0.87/0.9	-0.38/-0.42	-0.77/-0.80	0.79/0.83	0.87/0.86
v25	4.124/4.078	0.77	0.81/0.8	-0.48/-0.62	-0.66/-0.06	0.72/0.72	0.88/0.89
v22	3.869/3.773	0.75	0.90/0.9	-0.29/-0.38	-0.70/-0.46	0.71/0.72	0.89/0.89
v27	3.914/3.972	0.67	0.85/0.8	-0.31/-0.44	-0.34/-0.42	0.72/0.68	0.88/0.89
2. ACM nell'ascolto attivo (α 1 = .86/ α 2 = .86)							
v11	3.706/3.586	0.88	1.00/0.9	-0.40/-0.10	-0.30/-0.61	0.63/0.65	0.85/0.84
v14	3.455/3.578	0.71	0.99/0.9	-0.01/-0.20	-0.73/-0.35	0.77/0.76	0.81/0.81
v13	3.729/3.726	0.70	0.87/0.9	-0.15/-0.11	-0.69/-0.86	0.66/0.62	0.84/0.85
v15	3.659/3.630	0.52	0.91/0.9	-0.03/0.02	-0.62/-0.67	0.73/0.71	0.83/0.82
v16	3.548/3.481	0.44	0.96/09	-0.17/-0.08	-0.45/-0.70	0.64/0.66	0.85/0.84
3. ACM nella comunicazione della diagnosi (α 1 = .88/ α 2 = .88)							
v20	2.783/2.870	0.91	1.03/1.0	0.18/0.10	-0.35/-0.43	0.82/0.80	0.77/0.79
v19	3.003/3.134	0.84	0.90/0.9	0.26/0.09	-0.10/-0.40	0.79/0.80	0.80/0.79
v21	2.788/2.969	0.66	0.94/0.9	0.24/0.04	-0.05/-0.24	0.69/0.69	0.88/0.88

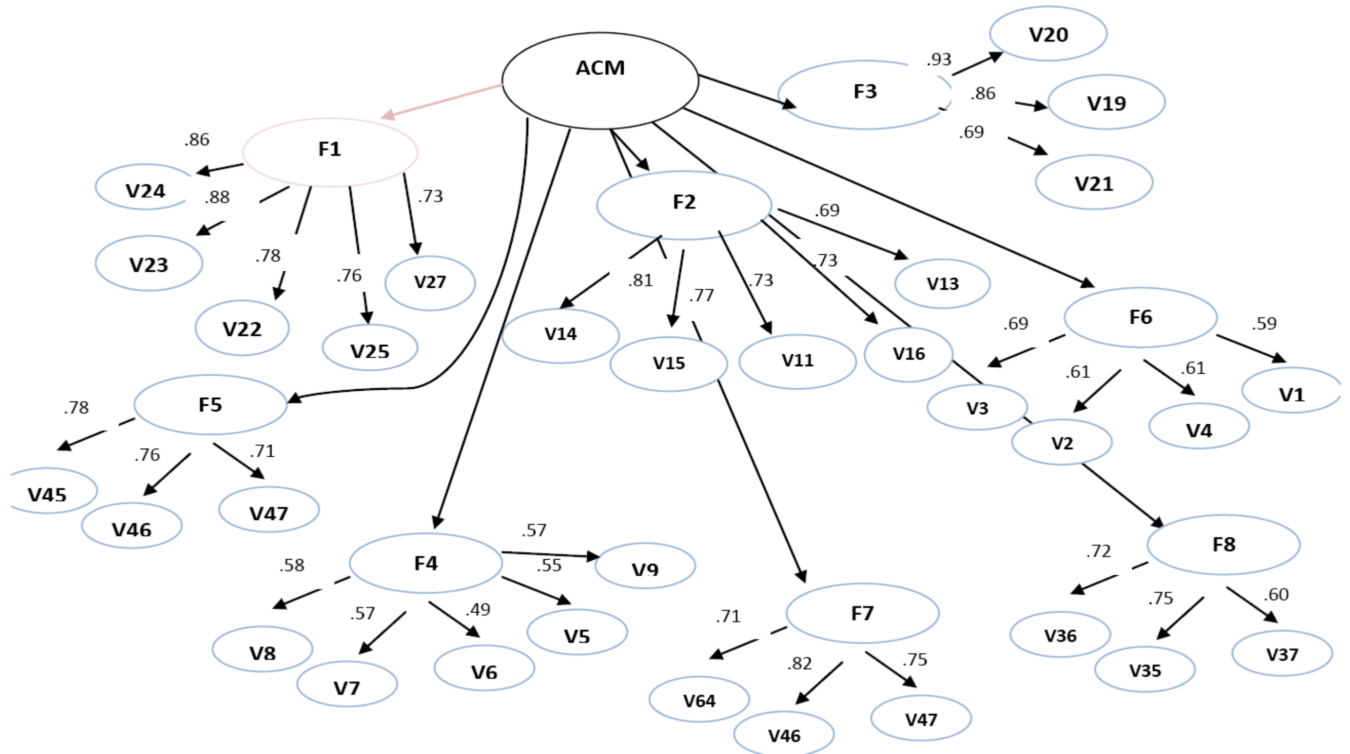
4 . ACM nel riconoscimento di indizi e suggerimenti dati dal paziente (α 1 = .78/ α 2 = .78)							
v8	3.636/3.713	0.79	0.86/0.8	-0.15/-0.12	-0.30/-0.42	0.59/0.63	0.72/0.70
v7	3.552/3.603	0.75	0.83/0.8	-0.037-0.09	-0.21/-0.16	0.63/0.57	0.71/0.72
v9	3.383/3.489	0.48	0.93/0.9	-0.09/-0.01	-0.29/-0.66	0.53/0.50	0.74/0.74
v6	3.748/3.742	0.47	0.77/0.8	0.30/-0.05	-0.97/-0.36	0.53/0.50	0.74/0.74
v5	3.390/3.469	0.41	0.93/0.9	0.04/-0.07	-0.67/-0.51	0.48/0.51	0.76/0.74
5. ACM nella comunicazione non verbale (α 1 =.86/ α 2 = .87)							
v46	3.662/3.676	0.84	0.88/0.9	0.00/-0.28	-0.78/-0.34	0.75/0.72	0.80/0.82
v44	3.717/3.735	0.77	0.88/0.9	-0.03/-0.22	-0.72/-0.44	0.70/0.70	0.84/0.83
v45	3.707/3.820	0.77	0.90/0.8	-0.03/-0.20	-0.87/-0.38	0.77/0.78	0.78/0.76
6. ACM nel fare domande (α 1 = .82/ α 2 = .82)							
v3	3.696/3.707	0.84	0.84/0.8	0.00/-0.25	-0.56/-0.25	0.66/0.70	0.77/0.73
v4	3.550/3.590	0.69	0.87/0.8	0.14/-0.22	-0.70/-0.27	0.63/0.58	0.78/0.78
v2	3.599/3.640	0.65	0.86/0.8	0.07/0.04	-0.57/-0.44	0.71/0.65	0.75/0.75
v1	3.825/3.851	0.61	0.96/0.8	-0.27/-0.15	-0.69/-0.81	0.58/0.58	0.81/0.78
7. ACM empatica (α 1 = .80/ α 2 = .81)							
v64	2.764/2.786	0.83	1.10/1.0	0.22/0.18	-0.45/-0.41	0.50/0.66	0.59/0.61
v63	3.473/3.413	0.73	0.85/0.9	0.17/0.11	-0.42/-0.56	0.39/0.55	0.72/0.74
v62	3.235/3.189	0.70	1.00/0.9	-0.05/-0.03	-0.40/-0.22	0.63/0.59	0.43/0.70
8. ACM nel controllo delle informazioni date e ricevute (α 1 = .80/ α 2 = .81)							
v37	3.408/3.358	0.74	0.98/0.8	-0.05/-0.15	-0.45/-0.05	0.56/0.56	0.74/0.78
v36	3.525/3.488	0.58	0.94/0.9	-0.20/-0.29	-0.46/-0.08	0.68/0.66	0.61/0.67
v35	3.332/3.289	0.35	0.95/0.9	-0.03/-0.10	-0.55/-0.31	0.58/0.66	0.72/0.68

ANALISI FATTORIALE CONFERMATIVA

Il secondo sub-campione (N =322) è stato utilizzato per verificare la soluzione precedentemente emersa dall'Analisi Fattoriale Esplorativa, implementando un modello di Analisi Confermativa nel quale sono stati considerati 8 fattori di primo ordine e un fattore di secondo ordine definito ACM. Ogni fattore di primo ordine è stato misurato dagli item identificati nell'AFE.

Per valutare la struttura fattoriale si è tenuto conto di diversi indici di adattamento del modello: CHI^2, RMSEA (*Root mean square error of approximation*), SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*), CFI (*Comparative Fit Index*) e TLI (*Tucker–Lewis index*). Per il CHI^2 sono indicativi di un fit adeguato valori con una probabilità superiore a .05. Questo indice tende tuttavia ad essere fortemente influenzato dalla numerosità campionaria. In campioni molto piccoli tende ad essere non significativo anche in presenza di differenze realmente significative, e viceversa, con campioni molto grandi tende a risultare significativo anche quando effettivamente non ci sono differenze (Barbaranelli, 2007). Per questo motivo si tende a far riferimento agli altri indici. Per RMSEA vanno considerati accettabili valori inferiori a .06, per il CFI e il TLI valori uguali o superiori a .90 (Bentler, 1995; Byrne, 1994); per l'SRMR valori uguali o al di sotto di 0.09 (Hu, Bentler, 1999). Nel modello considerato e presentato in Figura 1, il Chi^2 è pari a 833.145 con df = 454 e p. < 0.000; il CFI è pari a .93 e il TLI a .92, l'RMSEA =.05 (0.049 0.060; Probability RMSEA <= .05 = 0.77) e l'SRMR = 0.048.

Figura1. Analisi Fattoriale Confermativa: Coefficienti standardizzati della ACM



*ACM by F1 (0.69); F2 (0.80); F3 (0.57); F4 (0.85); F5 (0.76); F6 (0.83); F7 (0.54); F8 (0.69)

VALIDITÀ ESTERNA

Per la verifica della validità esterna è stata effettuata un'analisi delle correlazioni tra la Scala ACM e le sue otto dimensioni e la Scala di Autoefficacia Sociale Percepita. I risultati delle analisi delle correlazioni evidenziano una buona correlazione della Scala ACM e delle sottodimensioni con la Scala di Autoefficacia sociale, attestando la validità concorrente (Tabella 5).

Tabella 5. Correlazioni tra la Scala ACM e sottodimensioni e la Scala di Autoefficacia Sociale

	a	**b**	**c**	**d**	**e**	**f**	**g**	**h**	**i**	**l**
a. ACM	1									
b. Fornire informazioni	0.754	1								
c. Ascolto attivo	0.782	0.492	1							
d.Comunicazione diagnosi	0.600	0.349	0.361	1						
e. Ricon. indizi e sug.	0.802	0.561	0.565	0.421	1					
f. CNV	0.697	0.554	0.471	0.336	0.487	1				
g. Fare domande	0.770	0.490	0.532	0.396	0.627	0.487	1			
h. Empatia	0.636	0.293	0.496	0.340	0.423	0.340	0.407	1		
i. Controllo informazioni	0.698	0.464	0.493	0.344	0.451	0.395	0.479	0.496	1	
l. Autoefficacia Sociale	0.533	0.309	0.394	0.381	0.431	0.335	0.391	0.466	0.395	1

Le correlazioni sono tutte significative a $p < 0.01$

Analisi descrittive

Esaminando le caratteristiche psicologiche degli intervistati (N = 636), si riscontrano le seguenti tendenze. In generale, i medici ospedalieri campani hanno livelli totali di Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Medica piuttosto elevati (3.60), punteggi che rimangono superiori alla media per tutte le sottodimensioni (Tabella 6). Gli intervistati presentano, inoltre, valori abbastanza elevati di autoefficacia sociale percepita (3.28): si ritengono dunque piuttosto capaci di inserirsi facilmente in un gruppo e di svolgere un ruolo proattivo in situazioni sociali.

Tabella 6. Medie e Deviazioni standard delle dimensioni della Scala ACM

	Media	DS
ACM nel fornire informazioni chiare al paziente	4.2	.711
ACM nell'ascolto attivo	3.62	.767
ACM nella comunicazione della diagnosi	3.04	.864
ACM nel riconoscimento di indizi e suggerimenti dati dal paziente	3.61	.635
ACM nella comunicazione non verbale	3.74	.791
ACM nel fare domande	3.71	.693
ACM empatica	3.16	.782
ACM nel controllo delle informazioni date e ricevute	3.45	.779

I soggetti sono stati raggruppati in base agli anni di svolgimento della professione medica, in base alla seguente classificazione:

1) Giovani medici: da 1 a 9 anni di svolgimento della professione medica (N = 190);

2) Professionisti in carriera: da 10 a 20 anni di svolgimento della professione medica (N = 218);

3) Veterani: da 21 a 44 anni di svolgimento della professione medica (N = 222).

Dall'analisi della varianza univariata (Tabella 7) e relativo test post hoc di Tukey è emerso che sono i Veterani ad avere livelli di autoefficacia nella comunicazione con il paziente più alti rispetto a i Giovani medici e ai Professionisti (Veterani = 3.92; Giovani medici = 3.62; Professionisti = 3.61). In particolare, per quando riguarda l'ACM nel fornire informazioni chiare al paziente è emerso che sono i Veterani ad avere livelli di autoefficacia nella comunicazione con il paziente più alti rispetto a i Giovani medici (Veterani = 4.14; Giovani medici = 3.88; Professionisti = 4.02).Le stesse differenze tra gruppi riguardano l'ACM nel fare domande (Veterani = 3.83; Giovani medici = 3.60; Professionisti = 3.78). Mentre per quanto riguarda l'ACM nel controllo delle informazioni date e ricevute sono i Veterani insieme ai Professionisti a sentirsi più efficaci rispetto ai Giovani medici (Veterani = 3.53; Professionisti = 3.48; Giovani medici = 3.28). Non emergono differenze tra i gruppi per quanto riguarda l'autoefficacia sociale percepita.

Tabella 7. Analisi della varianza: Differenze significative per anni di svolgimento della professione medica (medie)

	Giovani N=190	Professionisti N=238	Veterani N=221	F(df)	Sig.
ACM	3.62a	3.61a	3.92b	$3.84_{(2,630)}$	0.02
ACM fornire informazioni chiare al paziente	3.88 a	4.02ab	4.14 b	$5.04_{(2,630)}$	0.00
ACM nel fare domande	3.60 a	3.78ab	3.83 b	$4.04_{(2,630)}$	0.01
ACM nel controllo delle informazioni date e ricevute	3.28 a	3.48 b	3.53 b	$4.52_{(2,630)}$	0.01

Legenda: a e b individuano graficamente il risultato del Tukey test.

Conclusioni

Come si è detto, il principale obiettivo di questo lavoro è quello di costruire e validare un originale strumento di rilevazione: la Scala ACM rivolta a medici ospedalieri. Il percorso di studio seguito in relazione a tale obiettivo ci consente di fare un bilancio finale fondamentalmente positivo, tenendo conto dell'insieme dei risultati raggiunti, prefigurando alcune possibilità applicative dello strumento così definito, teso a rilevare uno specifico e rilevante ambito di autoefficacia nelle professioni mediche, cui troppo spesso viene fatto un richiamo generico e tuttora non sempre considerato in maniera soddisfacente da quanti si interessano soprattutto della qualità delle relazioni medico-paziente.

Sulla base di un'ampia rassegna teorica sono state considerate la definizione di comunicazione efficace, le *communication skills* mediche, la definizione di autoefficacia, l'analisi delle misure di autoefficacia percepita in ambito sanitario e gli ostacoli presenti nella comunicazione tra medico e paziente. Seguendo anche le raccomandazioni di diversi autori che in questi anni si sono occupati della costruzione di strumenti di misurazione dell'efficacia percepita in un'ottica socio-cognitiva (Bandura, 1997, 2001, 2006; Briones *et al.,* 2009; Caprara, 2001; Ong, 2006), è stato elaborato un set di 64 item volto a valutare le percezioni di autoefficacia nella comunicazione con il paziente del medico ospedaliero. Dopo uno studio pilota, che ha visto coinvolti 150 medici e che ha portato all'eliminazione di 9 item, la scala a 55 item è stata somministrata, insieme ad altre misure, ad ulteriori 536 medici ospedalieri. Le analisi sulla dimensionalità e sull'attendibilità dello strumento hanno portato alla definizione di una versione finale dello strumento che consta di 31 item. Lo studio della dimensionalità ha evidenziato un modello ad otto fattori che hanno mostrato una buona coerenza interna. Un'analisi fattoriale confermativa ha avvalorato la presenza delle 8 dimensioni di autoefficacia e di un fattore di secondo ordine definito ACM.

I risultati attestano sostanzialmente la bontà delle caratteristiche psicometriche della scala. I valori di varianza spiegata, la saturazione degli item su ciascun fattore, gli Alpha di Cronbach della scala e delle sottodimensioni possono essere considerati molto soddisfacenti, come pure la validità di contenuto, di costrutto e di criterio, vista la correlazione con l'Autoefficacia Sociale Percepita: segno che la scelta delle aree di problematicità considerate per la costruzione della scala è risultata pertinente. Va comunque raccomandata una certa cautela nel considerare la validità di criterio della scala testata soltanto con analisi delle correlazioni tra misure *self-report* (Briones *et al.*, 2009). In particolare potrebbe essere interessante considerare per uno studio futuro il potere predittivo della scala con riferimento ad altri indicatori, quali il livello di burn-out e il grado di soddisfazione lavorativa espresso dai professionisti della salute, ma anche la soddisfazione percepita dei pazienti, la durata e le caratteristiche oggettive dei colloqui (setting, durata, numero di pazienti giornalieri, ecc..).

Per quanto riguarda le tendenze generali, in relazione all'autoefficacia percepita nella comunicazione con il paziente, i medici contattati si attestano su livelli piuttosto elevati, come del resto anche per l'autoefficacia sociale. I medici si percepiscono dunque dei comunicatori efficaci. Non si può tuttavia escludere che la desiderabilità sociale, che può verificarsi anche con gli strumenti *self-report* (Hebert *et al.*,1997; Matt *et al.*, 1999), abbia in parte giocato un ruolo significativo rispetto a tale risultato, benché si sia cercato di ridurre al minimo questo rischio, ad esempio evitando di fare esplicito riferimento alla natura "psicologica" di questo studio. In ogni caso, non vi è modo di sapere neppure se questo risultato è influenzato dal fatto che abbiano risposto, data la partecipazione volontaria, soltanto soggetti particolarmente attenti al tema.

La Scala ACM si è dimostrata, inoltre, uno strumento utile a cogliere delle differenze tra sottogruppi di medici. In questo senso è risultata particolarmente rilevante l'anzianità di svolgimento della professione medica, in base alla quale si è evidenziata una forbice tra i più esperti, con più di 20 anni di attività lavorativa, che hanno espresso una maggiore fiducia nella propria efficacia comunicativa, e gli altri gruppi, soprattutto per quanto riguarda il fornire informazioni chiare al paziente, il fare domande e il controllo delle informazioni date e ricevute. Risultato in linea con l'approccio socio-cognitivo: il confronto con il compito derivato dall'esperienza è infatti una delle fonti principali dell'autoefficacia (Bandura, 1997). Purtroppo, seppur in linea con le recenti statistiche - che mostrano come, nonostante vi sia un notevole aumento delle donne che si laureano in medicina, sono poche quelle che lavorano in ospedale e ancor meno quelle che occupano posizioni di responsabilità (dati Istituto Superiore Sanità, 2007) -, i medici contattati sono principalmente maschi e dirigenti di primo livello: ciò non ha consentito di esplorare le differenze di genere o relative al ruolo occupato.

In conclusione, "rilevare il grado di efficacia personale attraverso strumenti validi specificamente costruiti per ogni organizzazione rappresenta un mo-

mento diagnostico fondamentale per poter predisporre programmi di sviluppo e formazione mirata" (Borgogni, 2001, p. 171): la Scala di rilevazione dell'ACM, per "l'agilità" di impiego sul piano operativo e per le sue caratteristiche psicometriche, si configura come uno strumento in grado di fornire utili indicazioni, non solo sul piano della ricerca, ma anche nei *training* formativi rivolti a medici e specializzandi.

Bibliografia

Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed P. E., Mainz, J. (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial. Patient Education and Counseling, 66, 270-277.

Back, L. A., Amold R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. A Cancer Journal for Clinicians, 55, 164-177.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. Annual Review of Psychology, 52, 1-26.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.

Bandura, A. (2006). Guide to the construction of self-efficacy scales. In Pajares, F., Urdan, T., editors. Self-efficacy beliefs of adolescents. Greenwich, CT: Information Age Publishing, 307–337.

Barbaranelli, C. (2007). Analisi dei dati. Tecniche multivariate per la ricerca psicologica e sociale. Milano: Led Edizioni.

Byrne, B.M. (1994). Structural equation modeling with EQS and EQS/Windows: Basic concepts, applications, and programming. London: Sage Publications, Inc.

Bensing, J.M. (2009). Communication in Medical Encounters. In Kaptein, A., Weinman, J., Editors, Health Psychology. Oxford: Blackwell Publishing

Bentler, P.M. (1995). EQS structural equations program manual. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.

Borella, V. M. (2004). La comunicazione medico/sanitaria. Le transazioni sulla salute nella comunicazione ospedaliera, ambulatoriale e di Pronto soccorso. Milano: Franco Angeli.

Borgogni, L., Petitta, L., Steca, P. (2001). Efficacia personale e collettiva nei contesti organizzativi. In Caprara G. V., a cura di, La valutazione dell'autoefficacia: costrutti e strumenti. Trento: Edizioni Erickson, 157-172

Briones, E., Tabernero, C.,Tramontano, C., Caprara, G.V., Arenas, A. (2009). Development of a cultural self-efficacy scale for adolescents (CSES-A). International Journal of Intercultural Relations 33, 301–312

Brown, J., Stewart, M., McCracken, E., McWhinney, I. R., Levenstein J. (1986). The patient-centered clinical method 2. Definition and application. Family Practice, 3, 74-79.

Caprara, G. V., a cura di, (2001). La valutazione dell'autoefficacia: costrutti e strumenti. Trento: Erickson.

Cohen Cole, A. S. (1991). The Medical Interview, the Three Functions Approach. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.

Cox, A., Hopkinson, K., Rutter, N. (1981). Psychiatric interviewing techniques. II. Naturalistic study: eliciting factual information. British Journal of Psychology, 138, 283-91.

Dale, J., Davies, M., Vassant, K. (1997). Primary care consultation skills training: implementing a new training programme for senior house officers in an accident and emergency department. Medical Education, 31, 243–249.

Delle Fave, A., Bassi, M. (2007). Psicologia e salute. L'esperienza di utenti e operatori. Torino: UTET Università.

Epstein, R. M., Campbell, T. L., Cohen Cole, A. S., McWhinney, I. R., Smilkstein G. (1993). Perspectives in patient-doctor communication. Journal of Family Practice, 37, 377-388.

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. Psychological Methods, 4(3), 272–299.

Frankel, R. M., Stein T. (1999). Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. The Permanente Journal, 3, (3).

General Medical Council (1998). Protecting patients, guiding doctors. Annual review. London: General Medical Council.

Gramling, R., Nash, J., Siren, K., Eaton, C., Culpepper, L. (2004). Family Physician Self-Efficacy With Screening for Inherited Cancer Risk. Annals of Family Medicine, 2, (2), 130-132.

Hebert, J.R., Ma, Y., Clemow, L., Ockene IS, Saperia, G., Stanek, E., Merriam, P.A., Ockene, J.K. (1997). Gender differences in social desirability and social approval bias in dietary self-report. American Journal Epidemiology,146, 1046 –1055.

Hyman, D. J., Maibach, E. W., Flora, J. A., Fortman, S. P. (1992). Cholesterol treatment practices of primary care physicans. Public Health Report, 107, 441-448.

Inui, T. S., Carter, W. B. (1985). Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. Medical Care, 23, 521-538.

Lent, R. W., Brown, S. D., Larkin, K. C. (1987). Comparison of three theoretically derived variables in predicting career and academic behavior: Self-efficacy, interest congruence, and consequence thinking. Journal of Counseling Psychology, 34, 293-298.

Lipkin, M., Putnam, S., Lazare, A. (1995). The Medical Interview. New York: Springer Verlag.

Maguire, P., Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. British Medical Journal, 325, 697–700.

Matt, G. E., Garcia, M., Primicias, W.W. (1999).

Exploring biases in self-reported exercising behavior heuristics based on recency, frequency and preference. Perpet Motor Skills, 88, 126 –128.
McDonald, R. P. (1985). Comments on D. J. Bartholomew, Foundations of factor analysis: Some practical implications. British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 38, 134–137.
Moja, E. A., Vegni, E. (2000). La visita medica centrata sul paziente. Milano: Cortina Editore.
Nunnally, J, Berstein, I. (1994). Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill.
Osterlind, S. J. (1989). Constructing test items. Londres: Kluwer Academic Publishers.
Istituto Superiore Sanità (2007). Ospedale: Le statistiche. Documento on line scaricato dal sito: www.iss.it (download in data 13 giugno 2007)
Parle, M., Maguire, P., Heaven, C. (1997). The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. Social Science & Medicine, 44, 231-240.
Pastorelli, C., Piconi, L.(2001). Autoefficacia scolastica, sociale e regolatoria. in Caprara G. V. a cura di La valutazione dell'autoefficacia: costrutti e strumenti. Trento: Erickson.
Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (1998). Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe Medical Press.
Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. British Medical Journal, 303, 1385–1387.
Stein, T., Frankel, R. M., Krupat, E. (2005). Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. Patient Education and Counseling, 58, 4-12.
Stevens, J. (1992). Applied multivariate statistics for the social sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
Suchman, A. L., Roter, D., Green, M., Lipkin, M. (1993). Physician satisfaction with primary care office visits. Medical Care, 31, 1083-1092.
Suzuki, L., Kaufman, M. D., Sargeant, J., MacLeod, H., Blake, K., Simpson, D. (2007). What makes a physician an exemplary communicator with patients? Patient Education and Counseling, 68, 153–160
Thompson, S. C., Schwankovsky, L., Pitts J. (1993). Counselling patients to make lifestyle changes: the role of physician self-efficacy, training and beliefs about causes. Journal of Family Practice, 10, 70-75.
Zani, B., Cicognani, E. (2000). Psicologia della salute. Bologna: Il Mulino

Il ruolo delle credenze sulla salute nella prevenzione del tumore al collo dell'utero

Federica MASSAI, Amanda NERINI, Silvia CASALE

Università degli Studi di Firenze - Dipartimento di Psicologia

ABSTRACT - *Health beliefs' role in cervical cancer prevention* - To investigate the best predictors of intention to get a Pap-smear through Protection Motivation Theory variables (PMT; Rogers, 1983) and Health Locus of Control (HLoC; Wallston et Al,1978). 79 women aged 25-44 and 75 aged 45-64 completed an ad hoc questionnaire including TMP items and the Multidimensional HLoC Scale. This study reveals that TMP's a useful theoretical framework to explain the intention to undergo for a Pap-smear. The inclusion of HLoC doesn't contribute significantly to the intention explanation. Response self-efficacy, perceived susceptibility and internal HLoC are significant predictors for women under 45 years, whereas response self-efficacy and powerful others HLoC predict intention for women over 45 years. Response self-efficacy seems to be the most important predictor of the intention to go for a Pap-smear for all the women. However, intention seems to be decreased by perceived susceptibility and by women's belief to control their health (for women under 45) and by the belief that others can take care of their health (for women over 45). KEYWORDS: Protection motivation theory; Health Locus of Control; cancer prevention; cervical cancer.

RIASSUNTO - Obiettivo dello studio è individuare i predittori dell'intenzione di ricorrere al Pap-test considerando le dimensioni della Teoria della Motivazione a Proteggersi (TMP) e l'Health Locus of Control (HLoC). 79 donne fra 25 e 44 anni e 75 fra 45 e 64 anni hanno compilato un questionario ad hoc volto a rilevare le dimensioni della TMP e la Multidimensional HLoC Scale. Lo studio rivela come la TMP sembri essere un'utile cornice teorica per lo studio dell'intenzione di ricorrere al Pap-test. L'inclusione dell'HLoC non contribuisce ad incrementare la percentuale di varianza spiegata. L'autoefficacia rispetto alla risposta, la gravità percepita e il HLoC interno sono predittori significativi dell'intenzione per le donne under 45, mentre l'autoefficacia rispetto alla risposta e il HLoC altri potenti predicono l'intenzione per le donne over 45. L'autoefficacia rispetto alla risposta sembra essere il più importante predittore dell'intenzione. Tuttavia, la gravità e l'HLoC interno (per le donne under 45) e l'HLoC altri potenti (per le donne over 45) sembrano predire negativamente l'intenzione. PAROLE CHIAVE: Teoria della motivazione a proteggersi; Health locus of control; prevenzione oncologica; tumore del collo dell'utero.

Introduzione

Il tumore del collo dell'utero, provocato dall'infezione da Human Papilloma Virus (HPV), colpisce la cervice uterina, la parte più bassa che sporge in vagina. Nel genere femminile, la diffusione del cancro al collo dell'utero è inferiore solo a quella del tumore alla mammella (Grce, Bogdanovic-Gillion, Read e Davies, 2007; WHO, 2009). Negli ultimi decenni, in Europa, sono stati registrati degli incrementi nei tassi di incidenza del tumore della cervice, in particolare fra le donne sotto i 40 anni (Bray, Carstensen, Møller, Zappa, Žakelj, Lawrence, Hakama e Weiderpass, 2005). Tali incrementi possono essere spiegati sia da una maggiore efficacia degli screening per la diagnosi precoce (Franco, Duarte-Franco e Ferenczy, 2001; Bray et Al, 2005) sia da una maggiore assunzione, nelle giovani generazioni, di comportamenti sessuali che aumentano il rischio di infezioni da HPV: ad esempio il primo rapporto in età sempre più giovane o un ampio numero di partner sessuali che potrebbero essere HPV positivi (Bray et Al, 2005).

Il cancro della cervice uterina è uno dei pochi tumori che è possibile identificare al suo stadio iniziale (Shepherd et Al, 2000), tramite il test di Papanicolau o Pap-test (l'unica forma di prevenzione disponibile) e quindi trattare tempestivamente. Tale screening permette di individuare la malattia in fase asintomatica consentendo di distinguere all'interno della popolazione bersaglio donne che potrebbero avere il tumore, pur non manifestandone ancora i sintomi, da quelle effettivamente sane

(Biocca e Bosco, 1998). Il Pap-test, dunque, è uno strumento in grado di ridurre sia la mortalità per carcinoma, attraverso la diagnosi in una fase in cui il trattamento può essere efficace, sia l'incidenza della neoplasia invasiva, attraverso il trattamento delle forme preneoplastiche (Biocca e Bosco, 1998). Sembra che alcune variabili socioeconomiche e demografiche influiscano sul ricorso allo screening. Un maggior livello di istruzione, solitamente associato ad uno status socio-economico più elevato, sembra associato ad un maggior ricorso al Pap-test (Anderson e May, 1995; Coughlin, Uhler e Blackman, 1999; Behbakht et Al, 2004), così come il fatto di essere sposate agisce come incentivo a sottoporsi ai controlli (Coughlin et Al, 1999; Seow, Huang e Straughan, 2000; Mishra, Luce-Aoelua e Hubbel, 2001). Vari autori affermano, inoltre, che anche l'età ha una specifica influenza sul ricorso al Pap-test: sembra siano le donne più giovani a sottoporsi con maggiore regolarità allo screening ginecologico (Anderson e May, 1995; Barling e Moore, 1996; Mandelblatt et Al, 1999). Tuttavia l'Istat (2006) ha recentemente affermato che la copertura dello screening fra le donne più giovani è ancora oggi insoddisfacente. Da qui nasce l'esigenza di individuare i fattori che possono portare le donne a sottoporsi regolarmente allo screening ginecologico.

Alcuni modelli della *Social Cognition* hanno cercato di individuare le variabili in grado di spiegare la messa in atto di comportamenti salutogeni, come il ricorso agli screening ginecologici. Fra i vari modelli, la Teoria della Motivazione a Proteggersi (TMP; Rogers, 1983) assume che le determinanti dei comportamenti protettivi nei confronti della propria salute siano: la percezione della gravità dell'evento e la vulnerabilità personale percepita (che insieme costituiscono la valutazione della minaccia), la percezione dei benefici e dei costi associati alla risposta raccomandata, la percezione dell'efficacia del comportamento raccomandato e l'autoefficacia rispetto alla risposta raccomandata. Tale teoria, anche nelle sue più recenti revisioni (*Extended Parallel Process Model*; Witte, 1992), viene ampiamente usata per la predizione dell'intenzione di usare integratori alimentari (Cox, Koster e Russel, 2004), di proteggersi da HIV-AIDS (Green e Witte, 2006; Smith, Ferrara e Witte, 2007), di fare uso di droghe (Wu et Al, 2005) e di sottoporsi a screening oncologici, in particolare in relazione al tumore della mammella (Hodgkins e Orbell, 1998), della cervice uterina (Orbell e Sheeran, 1998) e della pelle (McClendon e Prentice-Dunn, 2001; McMath e Prentice-Dunn, 2005).

Per quanto concerne l'efficacia delle singole dimensioni comprese nel modello rispetto alla motivazione a proteggersi dallo sviluppo del cancro alla cervice, dalla letteratura emerge che sentirsi vulnerabili a questo tipo di tumore spinge le donne a sottoporsi al Pap-test, specialmente se è la prima volta che effettuano questo screening (Orbell e Sheeran, 1998; Zani e Pietrantoni, 2000; Forss et Al, 2001), mentre una percezione di invulnerabilità personale determina una totale mancanza di *compliance* con le campagne preventive (Agurto, Bishop, Sànchez, Betancourt, e Robles, 2004).

Dalla letteratura emergono risultati contrastanti rispetto al ruolo giocato sull'intenzione dalla percezione di gravità, riferita sia al livello percepito di dolore fisico e psicologico (es. autostima) sia alle potenziali ricadute della malattia sulle relazioni interpersonali (es. relazioni familiari e lavorative) (Rogers e Prentice-Dunn, 1997). Infatti, la percezione di gravità, che sembra essere uno dei maggiori predittori dei comportamenti salutogeni (Taylor e May, 1996), sembra perdere del tutto la sua efficacia predittiva quando il comportamento salutogeno specifico preso in esame è lo screening tramite Pap-test (Orbell e Sheeran, 1998).

Fra i costi associati al Pap-test più frequentemente riportati dalle donne rientrano imbarazzo, paura, dolore e timore di trovare una forma tumorale (Agurto et Al, 2004). Tale percezione dei costi sembra costituire una vera e propria barriera che impedisce alle donne di sottoporsi al Pap-test o di presentarsi ad eventuali follow-up per approfondimenti diagnostici (Paskett et Al, 1999; Zani e Pietrantoni, 2000; Agurto et Al, 2004). Concentrarsi sui benefici associati al Pap-test sembra essere associato, invece, ad una maggiore propensione a sottoporsi regolarmente a screening (Forss et Al, 2001), mentre la mancanza di consapevolezza di tali benefici, oltre ad agire come una barriera (Agurto et Al, 2004), può portare le donne a focalizzarsi maggiormente sull'ansia generata dal test e a considerarlo un esame poco efficace (Eaker, Adami e Sparén, 2001).

La credenza che la risposta raccomandata sia efficace nel ridurre/eliminare la minaccia, che non sembra fornire un contributo rilevante alla predizio-

ne delle intenzioni nel caso dell'autopalpazione del seno (Hodgkins e Orbell, 1998), sembra invece incrementare l'intenzione di sottoporsi a screening tramite Pap-test (Runge, Prentice-Dunn e Scogin, 1993; Helmes, 2002) e predire il comportamento effettivo (Orbell e Sheeran, 1998).

L'autoefficacia rispetto alla risposta raccomandata si riferisce alla credenza delle persone circa la fiducia nelle proprie capacità di attuare con successo l'azione proposta. La rilevanza dell'autoefficacia in relazione ai comportamenti di salute emerge da numerosi studi (Wright et Al, 2006; Lwin e Saw, 2007). In particolare, sembra che nutrire fiducia nelle proprie capacità di controllarsi tramite Pap-test motivi le donne ad agire in tal senso (Orbell e Scheeran, 1998).

In merito allo studio dei fattori predittivi dell'intenzione di ricorrere al Pap-test, un altro costrutto spesso preso in considerazione oltre alle dimensioni comprese nella TMP è l'*Health Locus of Control* (Wallston, Wallston e DeVellis, 1978; Bennett et Al, 1997; Steptoe e Wardle, 2001; McMath e Prentice-Dunn, 2005). Il costrutto dell'*Health Locus of Control* (HLoC; Wallston et Al, 1978) si riferisce al grado in cui gli individui, attraverso i loro precedenti pattern di aspettative e rinforzi, percepiscono il controllo relativamente alla propria salute. In particolare gli autori (Wallston e Wallston, 1982; Wallston, 1992) distinguono tra la credenza che la salute sia il risultato delle proprie azioni (*locus* "interno"), la credenza che la salute sia sotto il controllo di altri potenti, come dottori, infermieri, familiari e amici (*locus* "altri potenti") e la credenza che la salute dipenda dal caso o dalla fortuna (*locus* "fortuna").

L'HLoC, quando non associato ad altre variabili, non sembra riuscire a spiegare una considerevole porzione di varianza relativamente ad uno specifico comportamento di salute (Wallston et Al, 1978; Bennett et Al, 1997; Steptoe e Wardle, 2001). Gli autori stessi, al fine di aumentare la capacità predittiva dell'HLoC, suggeriscono di unire la misura di tale costrutto ad alcune variabili incluse nella TPM, ovvero gravità, vulnerabilità, costi e benefici percepiti (Wallston et Al, 1978). Da una sintesi seppur sommaria della letteratura emerge quindi la necessità di prendere in considerazione la capacità predittiva che le dimensioni dell'HLoC unite a quelle del modello rogersiano hanno nei confronti dell'intenzione di sottoporsi allo screening per il tumore del collo dell'utero.

Scopo della presente ricerca è indagare quali siano i predittori del ricorso con regolarità allo screening ginecologico tramite Pap-test. Nello specifico si vuole esaminare se le dimensioni della TMP, quali vulnerabilità e gravità percepite, costi, benefici, efficacia della risposta e autoefficacia della risposta (Hodgkins e Orbell, 1998; Orbell e Scheeran, 1998; Helmes, 2002; McMath e Prentice-Dunn, 2005) insieme al *locus of control* di salute (Steptoe e Wardle, 2001; McMath e Prentice-Dunn, 2005) risultano potenziali predittori dell'intenzione di ricorrere allo screening tramite Pap-test fra donne di età diverse.

Nonostante vari studi abbiano rilevato che sono le donne più giovani a sottoporsi più frequentemente al Pap-test (Anderson e May, 1995; Barling e Moore, 1996; Mandelblatt et Al, 1999), l'Istat (2006) ha recentemente affermato che la copertura dello screening in tale popolazione è ancora insoddisfacente. Il presente studio sarà quindi indirizzato a due gruppi di donne individuabili in funzione della variabile età: quelle con un'età compresa tra i 25 e i 44 anni e quelle tra i 45 e i 64 anni.

La nostra indagine si propone inoltre di verificare se esistono differenze statisticamente significative fra le donne appartenenti alle due fasce d'età per quanto riguarda l'intenzione di sottoporsi al Pap-test.

Metodologia

PARTECIPANTI

Le partecipanti sono 154 donne con un'età compresa tra i 25 e i 64 anni (M=41.39 DS=11.49) di cui 79 tra 25 e 44 anni (M=31.52 DS=6.41) e 75 tra 45 e 64 anni (M=51.79 DS=3.99).

Le informazioni circa il livello di istruzione e l'attività lavorativa delle partecipanti sono riportate in tabella 1.

Tab. 1 – Livello di istruzione e attività lavorativa delle partecipanti

Livello di istruzione	Sotto 45 anni	Sopra 45 anni
Licenza elementare	0% (N=0)	4,00% (N=3)
Licenza media	10,10% (N=8)	20,00% (N=15)
Diploma di scuola superiore	35,40% (N=28)	57,30% (N=43)
Laurea	54,40% (N=43)	18,70% (N=14)
Attività lavorativa		
Impiegata	50,60% (N=40)	42,70% (N=32)
Libero professionista	6,30% (N=5)	9,30% (N=7)
Insegnante	3,80% (N=3)	10,70% (N=8)
Professionista in ambito sanitario	7,60% (N=6)	14,70% (N=11)
Commerciante	6,30% (N=5)	5,30% (N=4)
Casalinga	1,30% (N=1)	13,30% (N=10)
Disoccupata	24,10% (N=19)	4,00% (N=3)

In relazione allo stato civile, il 52% (N=80) delle partecipanti è coniugata mentre il 48% (N=74) non è coniugata. Complessivamente, il 76% (N=118) delle donne ha una relazione stabile. Dell'intera popolazione, l'88.3% (N=136) ha fatto almeno un Pap-test in passato, mentre l'11,70% (N=18) non l'ha mai fatto. Il 13.60% (N=21) del totale non fa nessun tipo di prevenzione, il 22% (N=34) aderisce al programma dell'ASL (un Pap-test ogni tre anni), il 58% (N=90) fa prevenzione autonoma e il 5.80% (N=9) ha precisato di effettuare visite ginecologiche e Pap-test annuali.

Le donne sono state reperite attraverso una procedura casuale. È stata chiesta loro la partecipazione allo studio garantendo il rispetto dell'anonimato e della privacy. Nessuna si è rifiutata di collaborare alla ricerca. Particolare attenzione è stata volta a contattare le partecipanti in luoghi diversi da consultori, ASL e associazioni di settore, per evitare possibili influenze sui risultati.

STRUMENTO

A tutte le donne partecipanti alla ricerca è stato somministrato un questionario volto a rilevare le seguenti variabili.

Informazioni a carattere generale. Tali informazioni riguardano l'età delle partecipanti, il loro stato civile, il livello d'istruzione e la tipologia di lavoro svolto. Si è chiesto, inoltre, se le partecipanti avessero mai fatto un Pap-test e il tipo di prevenzione praticata nei confronti del tumore del collo dell'utero.

Dimensioni della TMP. Sono stati adottati 16 item, con risposta su scala Likert a 5 punti da "completamente in disaccordo" a "completamente d'accordo", appositamente predisposti per rilevare i costi percepiti del Pap-test (7 item), i benefici ad esso associati (4 item), la vulnerabilità percepita rispetto al tumore del collo dell'utero (2 item), la gravità percepita dello stesso (2 item) e la percezione dell'efficacia del Pap-test (1 item). Sono state inoltre misurate l'autoefficacia rispetto al Pap-test (1 item con modalità di risposta su scala a 5 punti da "per niente fiduciosa" a "estremamente fiduciosa") e l'intenzione di sottoporsi al Pap-test nell'arco dell'anno successivo alla somministrazione del questionario (1 item con modalità di risposta su scala a 5 punti da "poco probabile" a "molto probabile").

Health Locus of Control. È stata adottata la versione italiana del *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLoC) validata da Fasol, Fraccaroli e Sarchielli (1998). La scala, composta da 18 item, è strutturata su tre dimensioni riguardanti, rispettivamente, il controllo interno (6 item α=.46), il controllo di "altri potenti" (6 item α=.56) e il con-

trollo del caso e della fortuna (6 item α=.72) nella determinazione del proprio stato di salute. Modalità di risposta su scala a 6 punti da “fortemente d’accordo” a “fortemente in disaccordo”.

ANALISI DEI DATI

Inizialmente, sono state condotte analisi descrittive al fine di delineare le caratteristiche delle partecipanti in merito all’età, allo stato civile, all’istruzione, all’attività lavorativa e al tipo di prevenzione praticata nei confronti del tumore del collo dell’utero.

La correlazione tra le dimensioni della TMP, quelle dell’HLoC e l’intenzione di effettuare il Pap-test è stata misurata con la statistica *r* di Pearson.

Al fine di individuare i predittori statisticamente significativi dell’intenzione di sottoporsi al Pap-test sono state eseguite regressioni multiple gerarchiche. Nel primo Step sono state inserite come potenziali predittori dell’intenzione le dimensioni comprese nella TMP al fine di verificare l’efficacia predittiva del modello. Nel secondo Step è stato introdotto anche il costrutto dell’*Health Locus of Control* per valutare se sia in grado di apportare un incremento significativo nella percentuale di varianza spiegata dalla TMP.

Tali analisi sono state eseguite separatamente per i due gruppi di donne.

L’Analisi della Varianza ad una via (ANOVA) è stata calcolata per evidenziare la presenza di eventuali differenze fra i due gruppi di donne circa l’intenzione di sottoporsi al Pap-test.

Risultati

CORRELAZIONI FRA VARIABILI

L’analisi correlazionale ha messo in luce l’esistenza di una relazione statisticamente significativa fra la variabile età e l’intenzione di ricorrere al Pap-test (r=.223 p<0.01). Considerata tale correlazione, si giustifica la scelta di suddividere le partecipanti allo studio in due sottogruppi in funzione dell’età: un sottogruppo da 25 a 44 anni e un altro da 45 a 64 anni.

In merito alle correlazioni tra le dimensioni della TMP e l’intenzione comportamentale (tabella 2) si può notare come, indipendentemente dall’età, vi sia una correlazione positiva statisticamente significativa tra il livello di autoefficacia rispetto alla risposta e l’intenzione di sottoporsi al Pap-test nell’arco dell’anno successivo alla somministrazione del questionario (r=.486; p<0.01 per le donne tra 25 e 44 anni; r=.590; p<0.01 per le donne tra 45 e 64 anni). Per le donne sopra 45 anni si osserva inoltre come emerga una correlazione negativa statisticamente significativa tra i costi percepiti e l’intenzione (r=-.245; p<0.01).

Tab. 2 - Correlazione bivariata: dimensioni della TMP e intenzione

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
1. Costi	-	-.008	-.162	.243*	.381**	-.345**	-.245*
2. Benefici	.148	-	.315**	.004	.014	-.120	.000
3.Efficacia risposta	-.085	.374**	-	.138	-.084	.179	.154
4. Vulnerabilità	.125	.079	.140	-	.291*	-.085	-.002
5. Gravità	-.009	.369**	.559**	.190	-	.005	-.041
6.Autoefficacia risposta	-.336**	.070	.158	.068	.183	-	.590**
7. Intenzione	-.193	.113	.126	.092	-.086	.486**	-

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001. Sotto la diagonale sono illustrate le correlazioni relative alle donne fra 25 e 44 anni, sopra la diagonale quelle relative alle donne fra 45 e 64 anni.

Per quanto riguarda le correlazioni tra HLoC e intenzione (tabella 3), per le donne sopra 45 anni l’intenzione mostra una correlazione statisticamente significativa di segno negativo con il *locus* “altri potenti” (r=-.290; p<0.05) e una di segno positivo con il *locus* “fortuna” (r=.327; p<0.01).

Per le donne più giovani l'unica correlazione statisticamente significativa (di segno negativo) si osserva fra l'intenzione e il *locus* "interno" (r=-.254; p<0.05) .

Tab. 3 - Correlazione bivariata: Health Locus of Control e intenzione

	1	*2*	*3*	*4*
1. *Locus* interno	-	.653**	.013	-.164
2. *Locus* altri potenti	.196	-	-.039	-.290*
3. *Locus* fortuna	-.166	.009	-	.327**
4. Intenzione	-.254*	-.192	.214	-

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Sotto la diagonale sono illustrate le correlazioni relative alle donne fra 25 e 44 anni, sopra la diagonale quelle relative alle donne fra 45 e 64 anni.

FATTORI PREDITTIVI DELL'INTENZIONE DI SOTTOPORSI AL PAP-TEST

Dalle analisi di regressione multipla (tabella 4) emerge come le dimensioni della TMP nella loro globalità risultino predire in modo statisticamente significativo l'intenzione di sottoporsi al Pap-test nell'arco dell'anno successivo alla somministrazione del questionario: la varianza spiegata dal modello è di oltre il 30% per entrambe le fasce d'età.

A livello delle singole variabili, nel gruppo di donne tra i 25 e i 44 anni sono l'autoefficacia rispetto alla risposta raccomandata e la gravità a predire l'intenzione di effettuare lo screening, mentre nell'altro gruppo (45-64 anni) l'unico predittore statisticamente significativo dell'intenzione è l'autoefficacia rispetto alla risposta raccomandata.

L'aggiunta dell'*Health Locus of Control* al modello di regressione non comporta significativi aumenti nella percentuale di varianza spiegata in nessuno dei due gruppi di donne (*R^2 change*=.045 *p*=.186 per le donne fra 25 e 44 anni; *R^2 change*=.067 *p*=.064 per quelle fra 45 e 64 anni). A livello delle singole dimensioni si può osservare che, per le donne più giovani, sono nuovamente la gravità percepita e l'autoefficacia rispetto alla risposta raccomandata ad essere predittori statisticamente significativi dell'intenzione e, in questo gruppo di donne, anche il *locus* "interno" acquista valore predittivo. Nel caso delle donne tra i 45 e i 64 anni, invece, le variabili che predicono in modo statisticamente significativo l'intenzione di effettuare lo screening sono l'autoefficacia rispetto alla risposta raccomandata e il *locus* "altri potenti".

Tab. 4 – Regressioni gerarchiche: Teoria della Motivazione a Proteggersi ed Health Locus of Control sull'intenzione di sottoporsi al Pap-test

	Sotto 45 anni		*Sopra 45 anni*	
Step 1	β	β	β	β
TMP				
Autoefficacia risposta	.489***	.495**	.59***	.537***
Gravità	-.34**	-.311*	-.051	-.069
Vulnerabilità	.095	.081	.071	.016
Efficacia risposta	.169	.157	.007	-.001
Benefici	.141	.115	.068	.065
Costi	-.05	-.076	-.038	-.002
				.121

		-.297*
Step 2	-.203*	.126
Locus of Control	-.043	
	.016	
Locus "interno"		
Locus "altri potenti"		
Locus "fortuna"		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Dall'ANOVA, infine, non emergono differenze statisticamente significative tra i due gruppi per quel che riguarda la variabile intenzione (F=2.646 *p*=.106 eta squared=.02).

Discussione

Lo scopo della nostra ricerca era valutare se le dimensioni della Teoria della motivazione a proteggersi (Rogers, 1983) insieme all'*Health Locus of Control* (Wallston et Al, 1978) risultavano predittori statisticamente significativi dell'intenzione di sottoporsi allo screening ginecologico tramite Pap-test in quanto il ricorso a tale screening, ai fini della prevenzione dell'insorgenza del tumore al collo dell'utero, è considerato ancora oggi insoddisfacente (Istat, 2006).

Dalla presente ricerca emerge come la TMP complessivamente sembra essere una buona cornice teorica per lo studio dell'intenzione di sottoporsi al Pap-test. Il modello spiega infatti il 32% della varianza nelle donne tra 25 e 44 anni e il 36% nelle donne tra 45 e 64 anni.

In accordo con gli studi che hanno indagato l'efficacia predittiva della TMP (Floyd et Al, 2000; Lwin e Saw, 2007), l'autoefficacia rispetto al comportamento raccomandato sembra essere il più importante predittore dell'intenzione di sottoporsi allo screening per entrambi i gruppi di donne.

In accordo con la TMP, un ulteriore predittore significativo dell'intenzione per le donne fra 25 e 44 anni sembrerebbe essere la percezione di gravità. Tuttavia poiché nel nostro studio l'associazione gravità-intenzione risulta essere di segno negativo, si potrebbe ipotizzare che un'elevata percezione di gravità possa essere addirittura controproducente in quanto capace di far assumere alle donne di età compresa fra 25 e 44 anni una sorta di atteggiamento difensivo di fronte ad una minaccia potenziale. Tale risultato si discosta da quanto emerso dallo studio di Hodgkins e Orbell (1998) i quali, in una verifica del modello rogersiano, non trovano nessuna associazione tra la gravità e l'intenzione di mettere in atto il comportamento preventivo considerato.

Riguardo alle donne fra 45 e 64 anni, invece, la percezione della gravità non risulta predire l'intenzione, così come la vulnerabilità personale (che non risulta predittrice neanche per le donne fra 25 e 44 anni). È possibile che ciò si verifichi perché la minaccia, determinata dalla combinazione di gravità e vulnerabilità percepite, funziona solo con i comportamenti "nuovi" e non con quelli con cui le donne hanno ormai confidenza (Rogers, 1983) per cui quando una persona ha già realizzato un comportamento nel passato, la percezione della minaccia può non essere una motivazione necessaria ad attuarlo di nuovo. Quindi, per le donne sopra 45 anni, se il Pap-test è un comportamento abitudinario, non stupisce che la percezione della minaccia non agisca in modo significativo nel motivare queste donne ad effettuare lo screening ginecologico di nuovo.

Mentre nello studio di Zani e Pietrantoni (2000) i costi percepiti sono il più forte predittore dell'intenzione, dalla presente ricerca si evidenziano risultati diversi. Benché infatti emerga una correlazione negativa dei costi associati all'esecuzione del Pap-test con l'intenzione (Seow et Al, 1995; Paskett et Al, 1999), tali costi non risultano predire in modo statisticamente significativo l'intenzione di effettuare lo screening.

Sebbene concentrarsi sui benefici associati allo screening dovrebbe servire a garantire una maggiore regolarità nell'esecuzione del successivo comportamento preventivo (Forss et Al, 2001), dal nostro studio tali benefici, in accordo con Zani e Pietrantoni (2000), non sembrano predire l'intenzione di

effettuare il Pap-test. Allo stesso modo, nessun tipo di relazione con l'intenzione si osserva per l'efficacia della risposta: dall'analisi di regressione si può vedere che tale variabile non dà un significativo contributo alla predizione dell'intenzione. Tale risultato contrasta con quegli studi che sostengono l'importanza che l'aver fiducia nella capacità del comportamento consigliato di accrescere o migliorare lo stato di salute della persona possa incrementare la motivazione a proteggersi (Rippetoe e Rogers, 1987; Runge et Al, 1993; Helmes , 2002).

Le dimensioni dell'*Health Locus of Control*, aggiunte alla TMP sulla base dello studio di McMath e Prentice-Dunn (2005), nella loro globalità non sembrano incrementare in modo statisticamente significativo il potere predittivo del modello rogersiano.

In merito alle singole dimensioni, comunque, nella donne fra 25 e 44 anni l'analisi di regressione individua come predittori dell'intenzione, oltre all'autoefficacia rispetto alla risposta e alla gravità, anche il *locus* "interno". La relazione che lega il *locus* "interno" con l'intenzione è di tipo negativo: maggiore è la credenza di poter controllare autonomamente la propria salute, minore è l'intenzione di ricorrere allo screening.

Infine, per quanto riguarda le donne fra 45 e 64 anni, si osserva il potere predittivo, oltre che dell'autoefficacia rispetto alla risposta raccomandata, anche del *locus* "altri potenti". Quest'ultimo dato fa pensare ad una tendenza alla deresponsabilizzazione delle donne sopra 45 anni nel momento in cui credono che il proprio stato di salute sia nelle mani dei medici o dei professionisti della salute.

La nostra ricerca si proponeva, inoltre, di evidenziare eventuali differenze fra le due fasce d'età in cui è stata suddivisa la popolazione per quanto riguarda l'intenzione di ricorrere al Pap-test. In contrasto con la letteratura sull'argomento (Anderson e May, 1995; Barling e Moore, 1996; Mandelblatt et Al, 1999; Istat, 2006), la nostra ricerca non ha evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi di donne per quel che riguarda la variabile intenzione.

Sebbene, come suggerito anche da altri autori (Coughlin et Al, 1999; Shepherd et Al, 2000), quando si vanno ad indagare aree particolari e delicate come lo screening ginecologico le donne tendano a sovrastimare la loro *compliance* con tale procedura, ci sono ancora dei gruppi restii ad eseguirlo regolarmente. Da ciò deriva l'importanza di cercare di individuare dei predittori dell'intenzione di sottoporsi al Pap-test.

A tale riguardo, sforzi futuri potrebbero dirigersi verso l'identificazione di ulteriori costi e barriere, diversi da quelli analizzati nel presente studio, che potrebbero incrementare la capacità predittiva del modello. Alcune donne, infatti, potrebbero essere restie a sottoporsi ai controlli per un senso di vergogna generato dalla visita ginecologica in quanto tale, per la paura associata alla procedura stessa di esecuzione del test o, ancora, per il timore di doversi sottoporre ad ulteriori indagini o interventi nel caso venisse individuato qualcosa di anomalo (Peters, 1989).

La ricerca futura potrebbe indagare l'effetto dell'esperienza passata sull'intenzione comportamentale. Un comportamento che è eseguito frequentemente, come lo screening periodico, potrebbe diventare un'abitudine senza essere quindi più influenzato dall'intenzione. Potrebbe accadere, inoltre, che comportamenti regolari e frequenti sviluppino nelle persone delle abilità che il modello della TMP non indaga.

Potrebbe essere interessante, infine, approfondire il rapporto tra l'intenzione di sottoporsi al Pap-test e i diversi livelli di istruzione delle partecipanti. Sono vari, infatti, gli studi secondo cui sono le donne più istruite ad essere maggiormente intenzionate a sottoporsi a controlli regolari (Peters et Al, 1989; Anderson e May, 1995; Coughlin et Al, 1999; Mishra et Al, 2001; Behbakht et Al, 2004).

Conclusioni

L'Analisi della Varianza non ha confermato l'ipotesi secondo cui ci sono differenze nell'intenzione di ricorrere al Pap-test fra le due fasce d'età, tuttavia, la ripetizione delle analisi di regressione sui due gruppi di donne ha fatto emergere delle differenze in merito ai predittori dell'intenzione. I risultati del presente studio, quindi, potrebbero essere rilevanti ai fini della realizzazione di specifiche campagne per la prevenzione del tumore del collo dell'utero differenziate in funzione dell'età dei soggetti verso cui saranno indirizzate. Infatti, per le donne più giovani sembrerebbe più opportuno agire sulla gravità per-

cepita, sull'autoefficacia rispetto alla risposta e sul *locus* "interno". Con le donne sopra i 45 anni, invece, sembrerebbe utile una campagna mirata sia ad incrementare la fiducia in merito alle proprie capacità di sottoporsi allo screening tramite Pap-test sia a diminuire la credenza che medici, infermieri, familiari e amici (altri potenti) possano influenzare la propria salute. Inoltre, con questa categoria di donne, risulta necessario abbattere le cosiddette barriere percepite. Ciò significa, nello specifico, fare in modo che non percepiscano il test di screening come una perdita di tempo e che non temano di diventare un peso per la propria famiglia nel caso in cui venissero evidenziate delle alterazioni cellulari sulle quali risulterebbe necessario indagare ulteriormente.

In merito al modello teorico, possiamo affermare che l'autoefficacia rispetto alla risposta raccomandata sembra essere il più importante predittore dell'intenzione in ogni fascia d'età. Così come suggerito da vari autori (Rippetoe e Rogers, 1987; Hodginks e Orbell, 1998), al fine di incentivare la messa in atto di comportamenti protettivi verso la propria salute, sembrerebbe quindi fondamentale sviluppare e impiegare strategie finalizzate all'incremento della fiducia che le donne hanno in relazione alle proprie capacità di attuare con successo lo screening ginecologico.

Riferimenti bibliografici

Agurto, I., Bishop, A., Sànchez, G., Betancourt, Z., Robles, S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. Preventive Medicine, 39, 91-98.

Anderson, L.M., May, D.S. (1995). Has the use of cervical, breast, and colorectal cancer screening increased in the United States? American Journal of Public Health, 85, 6: 840-842.

Barling, N.R., Moore, S.M. (1996). Prediction of cervical cancer screening using the theory of reasoned action. Psychological Reports, 79, 77-78.

Behbakht, K., Lynch, A., Teal, S., Degeest, K., Massad, S. (2004). Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. Obstetrics and Gynecology, 104(6), 1355-1361.

Bennett, P., Norman, P., Moore, L., Murphy, S., Tudor-Smith, C. (1997). Health locus of control and value for health in smokers and nonsmokers. Health Psychology, 16, 2: 179-182.

Biocca, M., Bosco, D. (1998). Come rispondere alle 100 domande più frequenti nello screening del tumore del collo dell'utero. (Proposta di vademecum per gli operatori di front-office). Dossier 35. Testo disponibile al sito: http://www.ministerosalute.it

Bray, F., Carstensen, B., Møller, H., Zappa, M., Žakelj, M. P., Lawrence, G., Hakama, M., Weiderpass, E. (2005). Incidence trends of adenocarcinoma of the cervix in 13 European countries. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention, 14, 9: 2191-2199.

Coughlin, S.S., Uhler, R.J., Blackman, D.K. (1999). Breast and cervical cancer screening practices among American Indian and Alaska native women in the United States, 1992-1997. Preventive Medicine, 29, 287-295.

Cox, D.N., Koster, A., Russel, C.G. (2004). Predicting intention to consume functional foods and supplements to offset memory loss using an adaptation of protection motivation theory. Appetite, 43, 55-64.

Eaker, S., Adami, H.O., Sparén, P. (2001). Reasons women do not attend screening for cervical cancer: a population-based study in Sweden. Preventive Medicine, 32, 482-491.

Fasol, R., Fraccaroli, F., Sarchielli, G. (1998). Struttura fattoriale del Multidimensional Health Locus of Control. Bollettino di Psicologia Applicata, 226, 39-46.

Floyd, D.L., Prentice-Dunn, S., Rogers, R.W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. Journal of Applied Social Psychology, 30, 2: 407-429.

Forss, A., Tishelman, C., Widmark, C., Lundgren, E.L., Sachs, L., Törnberg, S. (2001). "I got a letter..." A qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. Psycho-Oncology, 10, 76-87.

Franco, E.L., Duarte-Franco, E., Ferenczy, A. (2001). Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. Canadian Medical Association Journal, 164(7), 1017-25.

Grice, M., Bogdanovic-Gillion, A., Read, I., Davies, P. (2007). The European Cervical Cancer Association and the prevention of cervical cancer in Europe. Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health, 64, 14-15.

Green, E.C., Witte, K. (2006). Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence? Journal Of Health Communications, 11, 245-259.

Helmes, A.W. (2002). Application of the protection motivation theory to genetic testing for breast cancer risk. Preventive Medicine, 35, 453-462.
Hodgkins, S., Orbell, S. (1998). Can protection of motivation theory predict behavior? A longitudinal test exploring the role of previous behaviour. Psychology and Health, 13, 237-250.
Istat (2006). La prevenzione dei tumori femminili in Italia: il ricorso a pap-test e mammografia. Disponibile su: http://www.istat.it/salastampa/comunicati
Lwin, M.O., Saw, S.M. (2007). Protecting children from myopia: a protection motivation theory perspective for improving health marketing communications. Journal of Health Communications, 12(3), 251-68.
Mandelblatt, J.S., Gold, K., O'Malley, A.S, Taylor, K., Cagney, K., Hopkins, J.S., Kerner, J. (1999). Breast and cervix cancer screening among multiethnic women: role of age, health, and source of care. Preventive Medicine, 28, 418-425.
McClendon, B.T., Prentice-Dunn, S. (2001). Reducing skin cancer risk: an intervention based on protection motivation theory. Journal of Health Psychology, 6, 3,321-328.
McMath, B.F., Prentice-Dunn, S. (2005). Protection motivation theory and skin cancer risk: the role of individual differences in responses to persuasive appeals. Journal of Applied Social Psychology, 35(3), 621-643.
Milne, S., Sheeran, P., Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health related behaviour: a meta-analytic review of protection of motivation theory. Journal of Applied Social Psychology, 30(1), 106-143.
Mishra, S.I., Luce-Aoelua, P.H., Hubbel, F.A. (2001). Predictors of Papanicolaou smear use among American Samoan women. Journal of General Internal Medicine, 16, 320-324.
Orbell, S., Sheeran, P. (1998). "Inclined abstainers": a problem for predicting health-related behaviour. British Journal of Social Psychology, 37, 151-165.
Park, S., Yoo, I., Chang, S. (2002). Relationship between the intention to repeat a Papanicolaou smear test and affective response to a previous test among Korean women. Cancer nursing, 25(5), 385-390.
Paskett, E.D., Tatum, C.M., D'Agostino, R., Rushing, J., Velez, R., Michilutte, R., Dignan, M. (1999). Community-based interventions to improve breast and cervical cancer screening: results of the Forsyth County Cancer Screening Peters, R.H., Bear, M.B., Thomas, D. (1989). Barriers to screening for cancer of the cervix. Preventive Medicine, 18, 13-146.
Rippetoe, P.A., Rogers, R.W. (1987). Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. Journal of Personality and Social Psychology, 52(3), 596-604.
Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeal and attitude change: a revised theory of protection motivation. In Cacioppo, J.T., Petty, R.E., editors. Social Psychofisiology: a sourcebook. New York NY: Guilford, 153-176.
Rogers, R.W., Prentice-Dunn, S. (1997). Protection motivation theory. In Gochman, D.S. editor. Handbook of health behaviour research: vol.1. Determinants of health behaviour: personal and social. New York NY: Plenum, 113-132.
Rohrer, J.E., Young, R., Sicola, V., Houston, M. (2007). Overall self-related health: a new quality indicator for primary care. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 13, 150-153.
Runge, C., Prentice-Dunn, S., Scogin, F. (1993). Protection motivation theory and alcohol use attitudes among older adults. Psychological Reports, 73, 96-98.
Seow, A., Huang, J., Straughan, P.T. (2000). Effects of social support, regular physician and health-related attitudes on cervical cancer screening in an Asian population. Cancer causes and Control, 11, 223-230.
Shepherd, J., Peersman, G., Weston, R., Napuli, I. (2000). Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education interventions targeted at women. Health Education Research, 15(6), 681-694.
Smith, R.A., Ferrara, M., Witte, K. (2007). Social sides of health risks: stigma and collective efficacy. Health Communications, 21(1), 55-64.
Steptoe, A., Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. British Journal of Psychology, 92, 659-672.
Tanner, J.F.Jr., Hunt, J.B., Eppright, D.R. (1991). The protection motivation model: a normative model of fear appeals. Journal of Marketing, 55, 36-45.
Taylor, A.H., May, S. (1996). Threat and coping appraisal as determinants of compliance with sports injury rehabilitation: an application of protection motivation theory. Journal of Marketing, 55, 36-45.
Wallston, B.S., Wallston, K.A. (1978). Locus of control and health: a review of the literature. Health Education Monographs, 6, 107-117.
Wallston, K.A., Wallston, B.S., DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLoC) scales. Health Education Monographs, 6(2), 160-170.
Wallston, K.A., Wallston, B.S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In Sanders, G., Suls, J., editors.

Social Psychology of Health and Illness. Hillsdale NY: Lawrence Erlbaum and Associates, 65-95.
Wallston, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. Cognitive Therapy and Research, 16(2), 183-199.
Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. Health Psychology, 12(4), 324-333.
WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Cancers in Italy. Summary Report 2009. Downloaded 10/12/2009. Disponibile su: www.who.int/ hpvcentre
Wright, A.J., French, D.P., Weinman, J., Marteau, T.M. (2006). Can genetic risk information enhance motivation for smoking cessation? An analogue study. Health Psychology, 25(6), 740-752.
Wu, Y., Stanton, B.F., Xiaoming, MD., Galbraith, J., Cole, M.L. (2005). Protection motivation theory and adolescent drug trafficking: relationship between health motivation and longitudinal risk involvement. Journal of Pediatric Psychology, 30(2), 127-137.
Zani, B., Pietrantoni, L. (2000). Donne e salute: un modello per predire l'intenzione ad eseguire il Pap-test. Psicologia della salute, 1, 51-66.

Una ricerca di controllo sulla percezione sociale delle comunità terapeutiche

Alberto ROSSATI

Università degli Studi di Torino

ABSTRACT – *A control research about the social perception of Therapeutic Community* - The paper presents a research in which is considered the adherence to the values of Therapeutic Community (as they were defined by Robert Rapoport in 1960) by patients ad staff of three Italian Therapeutic Communities. In a previous research (Rossati, Corulli, Piscopo 2004) carried out in therapeutic Community "Il Porto" (in Moncalieri, near Turin) we noticed that the adherence to the values of Therapeutic Community was higher in the group of the patients than in the staff group. So, we asked if this situation was specific and unique, or, on the contrary, was widespread. Thus we applied the first part of the questionnaire used in the Community "Il Porto" in three other Communities (the Community DuParc of Torre Pellice, the Community Il Montello di Serravalle Scrivia, the Community La Tempesta of Gorizia). The examination of the scores in this way obtained shows that does not emerge a superiority of the patient's group in comparison with the staff group. So, the situation noticed in "Il Porto" can be considered at this moment surely not widespread. KEYWORDS: Therapeutic Community, Therapeutic Community Values, Therapeutic Community Ideology.

RIASSUNTO - La ricerca empirica qui presentata considera l'adesione ai valori della Comunità Terapeutica, secondo la definizione che ne ha dato Robert Rapoport nel 1960, da parte dei pazienti e degli operatori. In una precedente ricerca -(Rossati, Corulli, Piscopo 2004), svolta nella Comunità "Il Porto" di Moncalieri era emersa un'adesione all'ideologia comunitaria più alta nel gruppo dei residenti (cioè dei pazienti) che non in quello degli operatori. Ci siamo chiesti, allora, se una situazione simile non potesse presentarsi anche in altre analoghe Comunità. Pertanto, abbiamo somministrato la prima parte del questionario utilizzato a Moncalieri in altre tre Comunità (la Comunità "DuParc" di Torre Pellice, la Comunità "Il Montello" di Serravalle Scrivia, la Comunità "La Tempesta" di Gorizia). Mettendo a confronto i punteggi ottenuti, si nota che non emerge una superiorità dei residenti nei confronti degli operatori, e che quindi, nelle tre Comunità qui considerate, l'andamento del fenomeno è diverso rispetto a "Il Porto", la cui situazione, appare, almeno fino ad oggi, unica. PAROLE CHIAVE: Comunità terapeutica, Valori della Comunità terapeutica, Ideologia della Comunità terapeutica.

Introduzione

A partire dagli anni '70 si assiste alla diffusione anche nel nostro Paese delle Comunità Terapeutiche (d'ora in poi CT), che si propongono sia come centri psichiatrici di ricovero e cura alternativi al manicomio, sia come istituzioni innovative nella terapia e nella riabilitazione della tossicodipendenza. Iniziano così, dopo in altri paesi (v. ad es. Main, 1983, per l'Inghilterra) anche in Italia, le vicissitudini delle CT.

Non è questa la sede adatta a ripercorrere la storia (abbastanza travagliata) del "movimento comunitario" nel nostro paese. Riteniamo che, almeno in parte, questa storia travagliata si possa spiegare col fatto che le CT nel nostro Paese si sono diffuse "a macchia d'olio" come "pratica" (pratica alternativa rispetto al manicomio, pratica innovativa nella terapia e nella riabilitazione della tossicodipendenza), ma non sono state supportate da un sufficiente livello di riflessione teorica.

Peraltro, non è possibile – date le finalità e l'"economia" del presente lavoro - esaminare e discutere le molteplici ragioni di questa carenza; né riteniamo opportuno addentrarci nel complesso dibattito di "che cos'è (veramente) una CT" (Rossati 2007), di quali e quanti tipi possa essere (v., per questo, Kaneklin et all., 1987, 1992, Cagossi, 1988), di quali possano essere le condizioni per un suo buon funzionamento (Palmonari, 1991, Finazzi, 1996, Corulli, 1997), di quale potrà esserne il destino futuro (Di Fiorino 1998, Ferruta et Al. 1998).

Qui vogliamo evidenziare che le CT sono sicuramente una costruzione psicosociale complessa e articolata, dato che nelle loro strutture ambientali trovano posto ruoli sociali (ad es. quello di operatori e quello di residenti), e persone che ricoprono tali ruoli e che interagiscono tra di loro sulla base di aspettative, desideri, norme, giudizi, valori e sentimenti a volte espliciti, ma più spesso inespressi.

Pertanto, può essere di cruciale importanza cercare di definire come queste persone percepiscono e si rappresentano la microsocietà in cui vivono e lavorano. In altri termini, se si accetta l'ipotesi secondo cui il nostro modo di percepire la realtà stessa in generale è condizionato dal punto di vista psicosociale (Berger e Luckmann 1966, Nisbett e Ross 1980, Fiske e Taylor 1991, Arcuri e Castelli 2000) allora le nostre percezioni sociali ben difficilmente avranno le stesse caratteristiche e le stesse modalità di quelle di altri (il ruolo costruttivo e dinamico del soggetto è presente già a

livello percettivo, come ha dimostrato un'imponente mole di ricerche sperimentali).

Se quest'affermazione è vera in linea di principio, essa acquista una particolare pregnanza in situazioni emotivamente scottanti simili a quelle delle CT, in cui il peso delle reciproche aspettative, percezioni e proiezioni (sia a livello dell'individuo che a quello del gruppo) è, anche solo da un punto di vista intuitivo, determinante. Ne consegue che una buona conoscenza delle modalità (ed, eventualmente, anche delle distorsioni), con cui i residenti percepiscono la CT in cui sono inseriti costituisce un prerequisito indispensabile per introdurre nel trattamento modifiche orientate a ottenere risultati migliori.

In conclusione, è importante disporre di strumenti efficaci, scientificamente validati, per poter capire "che cosa accade veramente nelle CT". Più specificatamente, nel caso di queste organizzazioni, è utile interrogarsi se ciò che i pazienti considerano terapeutico e foriero di effetti benefici coincide o no con il pensiero degli operatori. Questo richiede che gli operatori si preoccupino profondamente e autenticamente dei pazienti, e costruiscano una relazione interpersonale che tenga conto delle loro richieste e aspettative: in breve, gli interventi degli operatori potranno essere terapeuticamente efficaci se saranno percepiti e vissuti come tali anche dai pazienti.

Metodo

Partendo da queste premesse, abbiamo svolto negli anni scorsi una ricerca il cui oggetto erano le percezioni sociali della CT dei due principali gruppi che ne fanno parte, i residenti (i pazienti) e gli operatori (l'équipe terapeutica).

La ricerca, condotta nell'ambito della Comunità "Il Porto" di Moncalieri (Torino), aveva scelto come criteri di comparazione delle rappresentazioni sociali di residenti e operatori l'"ideologia" della Comunità terapeutica (nella definizione del 1960 di Robert Rapoport [1]), e le credenze implicite relative ai fattori terapeutici (come individuati da Irvin Yalom nel 1975). Il questionario utilizzato era un'evoluzione di quello messo originariamente a punto da Rapoport, arricchito con una richiesta di segnalare le attività di gruppo ritenute più importanti, e di una terza sezione dedicata al resoconto dell'evento più significativo avvenuto nell'ultima settimana (successivamente, si procedeva ad un'analisi del contenuto, talché gli eventi descritti venivano ricondotti ad uno dei dieci fattori curativi in atto nella psicoterapia di gruppo, individuati da Bloch et Al. 1979). L'indagine è stata realizzata su una popolazione bersaglio: la totalità di operatori e residenti presenti nella settimana che va dal 10 al 16 settembre 2001 nell'Unità "La Scuderie" (una delle tre unità in cui si articola "Il Porto" di Moncalieri)[2].

In questo modo sono stati seguiti due piani di analisi, uno descrittivo e uno comparativo: (a) sul piano descrittivo è stato possibile ricostruire il modo di aderire alla cultura della Comunità terapeutica da parte degli operatori e dei residenti, quali fossero i gruppi di lavoro considerati di maggiore aiuto, e, infine, le credenze relative ai principali fattori terapeutici; (b) sul piano comparativo, sono stati valutati il grado di vicinanza e compatibilità tra le rappresentazioni sociali dei residenti e le rappresentazioni sociali degli operatori; e la corrispondenza tra i risultati di questa indagine e quelli di ricerche analoghe promosse in passato presso l'Henderson Hospital di Londra.

Nell'esame dei risultati, abbiamo notato alcune significative differenze emergenti tra le percezioni dello staff e quelle dei residenti a proposito della gerarchia dei fattori terapeutici, dominata per i residenti dalla "instillazione di fiducia", per gli operatori dalla capacità di "guida".

Per quanto riguarda l'adesione ai "valori" della CT (come li aveva definiti Rapoport), è stato facile notare che: i questionari dei residenti hanno

---

[1] Com'è noto, Rapoport ha utilizzato il termine "ideologia " per indicare "un sistema formale di idee e credenze sostenuto da una forte determinazione e da un investimento emotivo", ed ha individuato quattro principi fondamentali nell'*ideologia* della C.T.: A – *riabilitazione attraverso il confronto con la realtà* (l'inserimento dei pazienti nella vita comunitaria deve preparali al rientro nella società esterna); B - *democratizzazione* (garantisce ai residenti la partecipazione alla gestione del processo terapeutico proprio e di altri); C – *permissività*: i pazienti dovrebbero poter agire liberamente in comunità (entro certi limiti) e i comportamenti dovrebbero essere osservati con attenzione dallo staff, al fine di aiutarli a migliorare il loro adattamento sociale. D -Infine Il tema del "*comunitarismo*" rende la comunità simile ad un'istituzione di tipo familiare che fornisce al paziente il supporto dell'accettazione da parte del gruppi

[2] Complessivamente il gruppo di soggetti intervistati era costituiti da sessantun persone, venti (32,8%) residenti, venti operatori a diretto contatto con i residenti (32,8%), e ventun operatori di supporto (34,4%). Tra i pazienti il 75% era costituito da uomini e il 25% da donne, queste percentuali sì invertivano nel gruppo degli operatori a diretto contatto con gli utenti (75% donne e 25% uomini). Per altri dati v. Rossati, Corulli, Piscopo 2004

conseguito il punteggio più alto rispetto a quelli ottenuti dagli operatori dell'Unità (il secondo punteggio) e dagli operatori di supporto (ultimo punteggio). In sintesi, ci ha colpito il fatto che si può notare un'adesione all'ideologia comunitaria più alta nel gruppo dei residenti (cioè dei pazienti) che non in quello degli operatori[3] La "scoperta" di questo fatto ha avuto una certa risonanza fra coloro che si occupano della Comunità terapeutiche (v., ad es. Lombardo 2004: 58) tanto che, poi, si è anche avanzata l'interpretazione delle Comunità come "avamposto", cioè come una istituzione "in movimento" che anticipa nuovi valori rispetto a quelli diffusi nella società (Taverna 2007: 171 e ss.)

Per parte nostra, l'esame di questa peculiarità ci ha indotto a chiederci se la situazione risultante nella Comunità "Il Porto" si verifichi anche in altre istituzioni analoghe, o se, invece, sia un caso a sé, in qualche modo eccezionale.

La singolarità dei punteggi ottenuti nella ricerca realizzata nel 2001 nella Comunità "Il Porto" emerge anche se si effettua un confronto con le analoghe ricerche realizzate all'*Henderson Hospital* di Londra nel 1955, nel 1973 e nel 1977 (dove le medie ottenute erano state, rispettivamente, 26,7, 30,7 e 30.7 per gli operatori 19,9; 25,4 e 29,8 per i pazienti). In buona sostanza, i punteggi ottenuti all'*Henderson Hospital* erano inferiori a quelli de "Il Porto", e mostravano un'adesione all'ideologia della CT più alta nel gruppo degli operatori che in quello dei residenti (cfr. Rossati, Corulli, Piscopo 2004).

Procedure

A partire da queste premesse, abbiamo messo a punto il disegno di una nuova ricerca finalizzata a esaminare se e in che misura la situazione emergente dall'indagine effettuata nella Comunità "Il Porto" nel 2001 sia reperibile anche in altre istituzioni comunitarie analoghe.

A questo scopo abbiamo pensato di scegliere tre organizzazioni dislocate in aree geografiche abbastanza lontane l'una dall'altra, che però avessero un aspetto comune tra loro e con "Il Porto", e cioè il riferimento ad un approccio psicoanalitico nel lavoro comunitario (come si vedrà nel successivo paragrafo 3.3, la scelta è caduta sulla Comunità "Du Parc" di Torre Pellice, in provincia di Torino, la Comunità "Il Montello" di Serravalle Scrivia, in provincia di Alessandria e la Comunità "La Tempesta" di Gorizia).

Somministrando lo stesso questionario utilizzato nella Comunità "Il Porto" a operatori e utenti di queste altre tre Comunità e facendo un confronto tra i punteggi così ottenuti, abbiamo ritenuto che fosse possibile identificare la presenza o meno di una situazione simile a quella de "Il Porto", e cioè valutare se fosse presente un'adesione all'"ideologia" comunitaria più alta nel gruppo dei residenti (cioè dei pazienti) che non in quello degli operatori, o se, invece, questo tipo di distribuzione dei punteggi *non* si realizzasse.

Strumenti

Lo strumento utilizzato nella presente indagine è un questionario che coincide con la *prima parte* del questionario applicato nella precedente ricerca effettuata a "Il Porto". Non è stato possibile, infatti, (né sarebbe stato opportuno) utilizzare anche la seconda parte (che chiedeva una valutazione d'importanza delle attività di gruppo) e la terza parte (orientata a definire quale fosse, nel giudizio di operatori e residenti, l'evento più importante accaduto nella settimana precedente). Va da sé, infatti, che le attività di gruppo sono diverse tra loro nelle varie comunità e non coincidono con quelle realizzate nel "Porto". In breve, utilizzando anche la seconda e terza parte del questionario somministrato a "Il Porto" avremmo raccolto del materiale interessante, ma difficilmente comparabile, e quindi inutile ai fini della presente ricerca.

Il questionario utilizzato è costituito, pertanto, da una scala Likert di misurazione di atteggiamenti; costituita una batteria di 57 item, cioè affermazioni rispetto alle quali gli intervistati esprimono il loro grado di approvazione o disapprovazione (esse rappresentano opinioni rilevanti e differenziate rispetto all'atteggiamento che si vuole rilevare). Il questionario utilizza una modalità di risposta chiusa: il rispondente deve scegliere, cioè, tra le alternative proposte, quella per lui più appropriata. Rapoport spiega in questo modo la lettura dei risultati del suo questionario:

"Per stabilire il grado di valutazione dei principi ideologici *relativi all'Unità* (la *Social* Rehabilitation *Unit*) […] abbiamo impiegato la tecnica del questionario, specificando i vari punti della politica, sui quali l'intervistato avrebbe esplicitato il proprio atteggiamento di *agreement* o *disagreement* a seconda della sua opinione in merito alla questione sollevata"(Rapoport 1960, tr. it. 1982: 153).

---

[3] Ad es. la media (calcolata come media delle medie ottenute nei quattro "valori") dei punteggi del gruppo dei residenti era 32,30, quella degli operatori a diretto contatto con gli utenti 31,60, quella ottenuta nel gruppo degli operatori di supporto 30,80. Per altri dati v. Rossati, Corulli, Piscopo 2004.

Le possibili risposte sono: fortemente d'accordo, d'accordo, disaccordo, in forte disaccordo. Rispetto al questionario originario, una ricercatrice dell'Henderson Hospital, Marion Collis (Whiteley e Collis 1987) ha aggiunto una modalità di risposta intermedia (indeciso): anche noi abbiamo adottato quest'ultimo modello.

Per quanto riguarda l'attribuzione e il calcolo dei punteggi, precisiamo che,

facendo riferimento all'"ideologia" della comunità terapeutica, vengono assegnati cinque punti ad ogni risposta (collocata ad una delle due estremità del continuum) che manifesta un'adesione piena ai principi formulati da Rapoport; si attribuiscono punteggi progressivamente più bassi alle altre risposte. Il range di variazione di punteggi per ogni singolo item va da 1 a 5. In breve, ciascuno dei 57 item del questionario è stato classificato a seconda della "dimensione" toccata, e dell'orientamento espresso: ad es. l'item 1 (*I membri dello staff dovrebbero prendere decisioni-chiave su ciò che è meglio per la comunità*) è stato classificato come inerente alla dimensione "democratizzazione", e la massima adesione alla democratizzazione viene colta nel punteggio 5 (forte disaccordo).

Anche l'item 2 (*I residenti dovrebbero assumere responsabilità per il proprio trattamento e giocare un ruolo attivo nel trattamento degli altri*) è stato classificato come inerente alla dimensione "democratizzazione" qui la massima adesione alla democratizzazione viene colta non nel punteggio 5 (forte disaccordo), ma nel punteggio 1 (fortemente d'accordo). In breve, i due item hanno a che fare con la stessa dimensione (la democratizzazione) ma "sono ruotati", si esprimono cioè in maniera opposta: questo spiega i due diversi criteri di attribuzione dei punteggi[4].

I SOGGETTI

Come accennato in precedenza, le tre CT prescelte per l'indagine sono state la

Comunità "Du Parc" di Torre Pellice, in provincia di Torino, la Comunità "Il Montello" di Serravalle Scrivia, in provincia di Alessandria e la Comunità "La Tempesta" di Gorizia.

La Comunità "Du Parc" di Torre Pellice è sorta nel settembre del 1998 per iniziativa di uno psicologo particolarmente interessato a fornire un aiuto alle persone sofferenti di problemi psichici di vario tipo della zona daTorre Pellice. Da allora in poi, peraltro, la Comunità si è evoluta, tanto che oggi essa è costituita da tre diverse strutture abitative; a - la Comunità terapeutica vera e propria, in grado di ospitare un massimo di 20 residenti più due posti di pronta accoglienza, per soggetti che necessitano di un alto grado di contenimento; b – l'Unità di fase avan-zata *Terra di Mezzo* (con sei posti letto) che accoglie soggetti in fase finale di trattamento (che quindi vanno a scuola o lavorano all'esterno, ecc.), ma che non hanno ancora raggiunta una completa autonomia e quindi necessitano di trovare nella Comunità un punto di riferimento; c – l'*Unità abitativa per piccolo nucleo* (per sei residenti al massimo) che si configura come "spazio assistenziale" per "inserimenti di sollievo". Lo staff dei curanti è costituito da una trentina di persone (tra cui 2 psichiatri, 4 psicologi, 7 educatori, 4 infermieri, ecc.), e dispone di una supervisione stabile al lavoro d'équipe oltre che ai singoli casi individuali.

I ventotto questionari (14 di residenti e 14 di operatori) utilizzati per la presente ricerca sono stati raccolti nell'inverno 2006/7.

La Comunità "Il Montello" di Serravalle Scrivia si caratterizza per condurre il trattamento dei propri ospiti "seguendo l'orientamento freudiano secondo l'insegnamento di Jaques Lacan" e si articola, al suo interno, in due diverse strutture: la *Comunità di tipo A*, che può ospitare fino a dieci pazienti anche in fase acuta, destinata a soggetti con diagnosi di psicosi, di disturbo psichiatrico associato all'uso di sostanze stupefacenti ("doppia diagnosi"), di dipendenza da sostanze, ecc., con un tempo di permanenza fino a 24 mesi; la *Comunità di tipo B,* con una capienza di venti pazienti, con diagnosi di psicosi, oligofrenia, deficit neurologico lieve, per i quali è previsto un percorso istituzionale superiore ai due anni.

In entrambe le Comunità vengono accolti soggetti provenienti dalle istituzioni penitenziarie e dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, nonché soggetti che assumono terapia metadonica. Occorre aggiungere che la Comunità "Il Montello" ha recentemente acquisito una nuova struttura – la Cascina Borasi – adiacente a quelle già in uso – che "permetterà ad alcuni pazienti, giunti alla fase avanzata del loro progetto terapeutico, di godere di un ulteriore periodo residenziale volto ad attivare risorse che permettano a ciascuno di rientrare sul territorio di provenienza in un contesto protetto, ma al tempo stesso progettuale" (www.ilmontello.org).

---

[4] Siamo ovviamente disponibili a fornire ulteriori precisazioni ai ricercatori che le chiederanno, e più in particolare, a mettere a disposizione il questionario da noi utilizzato, nonché la classificazione degli item in funzione delle quattro dimensioni, e, infine, le modalità di calcolo dei punteggi in funzione delle quattro dimensioni terapeutiche.

L'equipe terapeutica è costituita da diciotto operatori (psicologo, educatori, infermieri, operatori dell'assistenza) che coprono il servizio nell'arco di 24 ore; ad essa si affiancano un medico psichiatra (presente per 25 ore settimanali) a cui è affidata la gestione della terapia psicofarmacologica e la valutazione di situazioni di emergenza, e altri consulenti interni, vale a dire un medico internista, un esperto di terapia familiare, un esperto di arte-terapia, un esperto di fisioterapia e psicomotricità, operatori del trattamento attraverso la lettura e la produzione di testi, operatori del trattamento attraverso la costruzione di materiale filmico.

I sedici questionari (8 di residenti e 8 di operatori) utilizzati per la presente ricerca sono stati raccolti nell'inverno 2006/7 e nella primavera del 2007.

La Comunità "La Tempesta" di Gorizia, finalizzata alla riabilitazione psicologica e al recupero sociale dei tossicodipendenti, è sorta inizialmente nel 1983/85 dal lavoro di un gruppo di volontari, ed ha attraversato un'evoluzione che l'ha portata alla struttura attuale. Essa si caratterizza per una divisione del lavoro che prevede la gestione da parte dell'équipe interna degli aspetti pedagogico - sociali del trattamento, mentre l'intervento psicoterapeutico individuale e gruppale è affidato a consulenti esterni.

"Il lavoro psicologico aiuta il paziente a scoprire il vero Sé, sostenendolo nel processo evolutivo. Le linee di questo processo, incluse le difficoltà e le resistenze, vengono integrate con le parti osservate da tutti gli operatori della Comunità, al fine di favorire quell'integrazione di cui il paziente tossicomanico è sprovvisto" (Devetak e Sartori, 2007: 151).

Per realizzare questo scopo la Comunità dispone di una propria sede (offerta in comodato dall'Amministrazione provinciale) in una bella casa in campagna, e di un'équipe interna costituita da uno psicologo, un'assistente sociale, due educatori, un cuoco e cinque operatori dell'assistenza, cui si affiancano uno psichiatra, cinque psicoterapeuti, un medico, un'infermiera professionale e un'insegnante di ginnastica; quattro insegnanti si fanno carico delle attività didattiche e culturali messe a disposizione dei residenti (in numero massimo di 23). La durata del trattamento non può superare i due anni.

I ventidue questionari (9 di residenti e 13 di operatori) utilizzati per la presente ricerca sono stati raccolti nell'inverno 2006/7 e nella primavera del 2007.

Dopo questo rapido schizzo delle tre comunità, è opportuno ora esaminare i risultati emergenti dallo spoglio dei questionari e dalla tabulazione e dall'analisi statistica delle risposte ottenute.

Risultati

La Comunità Du Parc

Vediamo ora i risultati che in questo modo abbiamo ottenuto. Cominciamo con i dati relativi alla Comunità "Du Parc" di Torre Pellice. Nelle tabelle che seguono si possono osservare i risultati relativi alle opinioni delle due categorie di operatori e residenti rispetto alla dimensione culturale della comunità terapeutica. I risultati ottenuti evidenziano il grado di adesione all"'ideologia" della comunità così come intesa da Rapoport nella sua ricerca (Rapoport, 1960).

I questionari somministrati nella comunità Du Parc sono 28, compilati in egual misura da operatori e residenti[5].

La seguente tabella n. 1 mostra una differenza di opinioni solamente sulla dimensione "riabilitazione attraverso il confronto con la realtà" (si noti che il valore più alto è quello degli operatori). Sulle restanti dimensioni le differenze sono più contenute). Questi valori dimostrano una adesione abbastanza alta alla "ideologia della comunità", di poco maggiore negli operatori rispetto ai residenti.

---

[5] L'età media di quanti risiedono e lavorano in questa comunità è di circa 35 anni (una sola persona ha omesso il dato riferito all'età). I soggetti coinvolti nella ricerca sono in prevalenza maschi (come indicato nella tab. 1) e risiedono prevalentemente in provincia di Torino (61%); solo tre persone dichiarano di avere la loro residenza abituale fuori dal Piemonte (un soggetto a Milano e due a Varese).

Tabella 1: Misure di tendenza centrale e misure di dispersione per operatori e residenti della Comunità "Du Parc"

	Operatori	*Residenti*	*Totale*
Riabilitazione attraverso il confronto con la realtà	36,5	32,14	34,32
Democratizzazione	43,57	44,43	44
Permissività	55,64	54,21	54,93
Comunitarismo	68,36	67,21	67,79

Effettuando l'analisi della varianza, emerge che solo sulla prima dimensione ("riabilitazione attraverso il confronto con la realtà") le differenze tra operatori e residenti sono statisticamente significative.

Tabella 2: Analisi della varianza per operatori e residenti della Comunità "Du Parc"

	F	*Sig.*
Riabilitazione attraverso il confronto con la realtà * Utente della comunità	14,32	0,001
Democratizzazione * Utente della comunità	0,059	0,81
Permissività * Utente della comunità	0,57	0,46
Comunitarismo * Utente della comunità	0,12	0,73

LA COMUNITÀ "IL MONTELLO"

Nella comunità Montello sono stati raccolti 16 questionari suddivisi per genere come rappresentato nella tab. 6, di cui 8 operatori e 8 residenti.

Le opinioni medie espresse da operatori e residenti sono riportate di seguito. Come si può vedere le differenze sono lievi: in questo caso la dimensione "Confronto con la realtà" è quella in cui sembrano ravvisarsi maggiori differenze.

Tabella 3. Misure di tendenza centrale e della dispersione in operatori e residenti della Comunità "Il Montello" per le quattro dimensioni terapeutiche di Rapoport

	Operatori	*Residenti*	*Totale*
Riabilitazione attraverso il confronto con la realtà	33,25	30,62	31,94
Democratizzazione	40,5	42,87	41,69
Permissività	50,37	50,25	50,31
Comunitarismo	60,75	58,25	59,5

Tabella 4: Analisi della varianza per operatori e residenti della Comunità "Il Montello

	F	*Sig.*
Riabilitazione attraverso il confronto con la realtà * Utente della comunità	1,75	0,21
Democratizzazione * Utente della comunità	1,30	0,27
Permissività * Utente della comunità	0,001	0,97
Comunitarismo * Utente della comunità	0,56	0,47

Dall'analisi della varianza tuttavia non emergono differenze significative.

La comunità "La tempesta"

In questa comunità, come abbiamo già detto, abbiamo raccolto 22 questionari, 9 di residenti e tredici di operatori

Nella seguente tabella 5 sono riportate le differenze riscontrate a livello descrittivo tra gli operatori e i residenti della comunità "La Tempesta".

Tabella 5: Misure di tendenza centrale e della dispersione in operatori e residenti della Comunità "La tempesta" per le quattro dimensioni terapeutiche di Rapoport

	Operatori	*Residenti*	*Totale*
Riabilitazione attraverso il confronto con la realtà	34,23	33,78	34
Democratizzazione	43,85	42,78	43,41
Permissività	50,46	52,22	51,18
Comunitarismo	62,62	65,33	63,73

L'analisi della varianza mostra che tali differenze sono lievi e non statisticamente significative.

Tab. 6: Analisi della varianza per operatori e residenti della Comunità "La Tempesta

	F	Sig.
Riabilitazione attraverso il confronto con la realtà * Utente della comunità	0,045	0,83
Democratizzazione * Utente della comunità	0,14	0,72
Permissività * Utente della comunità	0,64	0,43
Comunitarismo * Utente della comunità	0,91	0,35

Discussione e conclusioni

Dopo questa esposizione dei dati, è opportuno ora discuterli.

Una prima osservazione – che quasi "salta all'occhio"- è che i risultati della presente indagine sono in controtendenza con quanto emerso nella ricerca fatta nella comunità "Il Porto" di Moncalieri da Rossati, Corulli e Piscopo nel 2002 (Rossati, Corulli, Piscopo, 2004). Là, come già detto, si poteva notare un'adesione all'ideologia comunitaria più alta nel gruppo dei residenti (cioè dei pazienti) che non in quello degli operatori. Nelle tre comunità considerate nella presente ricerca,

invece, questo *non* si verifica. Mettendo a confronto le medie (e la varianza come indice di dispersione) si nota facilmente che le differenze tra operatori e residenti non sono statisticamente significative, almeno nel senso di una superiorità dei residenti nei confronti degli operatori (v. Tabb. 1, 3 e 5). Per essere più precisi, se

esaminiamo le tabb. 1 e 2, notiamo facilmente come, nella comunità "Du Parc",

effettuando l'analisi della varianza, emerge che solo sulla prima dimensione ("riabilitazione attraverso il confronto con la realtà") le differenze tra operatori e residenti sono significative, ma nel senso di una superiorità dei punteggi degli operatori (si noti che la media degli operatori è 36,50, mentre quella dei residenti è 32,14)[6]. Nella Comunità "Il Montello" si nota una lieve superiorità dei punteggi dei residenti (media=42,87) sugli operatori (media=40,50)per quanto riguarda la "democratizzazione", che , però, l'analisi della varianza ha rivelato non essere significativa. In questo caso, inoltre, la dimensione "Confronto con la realtà" è quella in cui sembrano ravvisarsi maggiori differenze, ma nel senso di una netta superiorità degli operatori (la media del gruppo dei residenti è 30,12, quella degli operatori 33,25).

Infine, per quanto riguarda la comunità "La Tempesta", è vero che si nota una certa superiorità dei punteggi dei residenti su quelli degli operatori nella "permissività" (media dei residenti: 52,22, media degli operatori: 50,46) e nel "co-

munitarismo" (media dei residenti: 65,33, media degli operatori: 62,62), ma l'analisi della varianza mostra che tali differenze sono lievi e non statisticamente significative. Inoltre questa superiorità dei punteggi dei residenti è, per così dire, controbilanciata dalla situazione, simmetrica ed opposta, che è riscontrabile nel "confronto con la realtà" e nella "democratizzazione".

In sintesi, anche se si vogliono evidenziare alcuni aspetti parziali (come questi ultimi della comunità "La Tempesta") siamo ben lontani, nell'insieme, da una situazione come quella de "Il Porto" in cui, come già detto, si poteva notare un'adesione all'ideologia comunitaria più alta nel gruppo dei residenti (cioè dei pazienti) che non in quello degli operatori.

In breve, alla luce di quanto sopra, è possibile interpretare la situazione riscontrata ne "Il Porto nella precedente ricerca come un caso eccezionale, legato forse alle peculiarità d'immagine di quella comunità (che attira pazienti molto orientati in direzione "psicoanalitica" e "comunitaria", col ri-

[6] Inoltre l'analisi della varianza ha mostrato, per quanto riguarda la dimensione "democratizzazione" che la lieve superiorità dei punteggi dei residenti (media=44,42) sugli operatori (media=43,57) non è significativa

sultato finale che immagine e realtà si condizionano a vicenda)[7].

Siamo consapevoli del fatto che i nostri dati costituiscono solo un piccolo contributo nel grande mare dei problemi in questo campo. D'altra parte, solo un lenta accumulazione di sapere teorico-pratico (non c'è nulla di più concreto di una *buona* teoria!) può permetterci di meglio comprendere, e quindi anche a migliorare, il funzionamento delle Comunità terapeutiche. Pertanto, saremmo felici se anche altri ricercatori si occuperanno in futuro dei temi trattati in questo articolo.

Ringraziamenti

Ringraziamo la dr.ssa Sara Cassin e il dr. Francesco Galliano per la loro collaborazione nella raccolta dei questionari relativi alla Comunità "Du Parc" (per ulteriori informazioni su di essa v. www.progettoduparc.it); anche il dr. Wilfredo Galliano e la dr.ssa Silvia Morrone hanno collaborato nella raccolta dei questionari relativi alla Comunità "Il Montello" (www.ilmontello.org); alla dr.ssa Lidia Devetak e al dr. Alessandro Sartori, infine, si deve il supporto ricevuto per la comunità "La Tempesta" (su di essa v. www.comunitalatempesta.it e anche Devetak e Sartori 2007).

Riferimenti bibliografici

Arcuri L., Castelli L.(2000). La cognizione sociale. Strutture e processi di rappresentazione. Roma-Bari: Laterza.

Berger P.L., Luckmann T. (1969). La realtà come costruzione sociale. Trad. it., Bologna: Il Mulino (ed.or.1966).

Bloch S., Reibstein J., Crouch E.C., Holroyd P., Themen J., (1979). A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy, British Journal of Psychiatry, .134, .257-263.

Cagossi M. (1988). Comunità terapeutiche e non, Roma.: Borla,.

Corulli M. (a cura di). (1997). Terapeutico e antiterapeutico. Cosa accade nelle comunità terapeutiche?, Torino: Bollati Boringhieri,.

Devetak L., Sartori A. (2007). La Comunità terapeutica"La Tempesta" di Gorizia. In Rossati A., Gallo R. (a cura di) La Comunità terapeutica: mito e attualità, Torino:Ananke,.143-169.

Di Fiorino M. (1998). L'illusione comunitaria. La costruzione delle "comunità artificiali", Bergamo: Moretti e Vitali.

[7] Va da sé che, per testare la validità di questa ipotesi (come di altre ipotesi alternative) occorrerebbero ulteriori ricerche specifiche.

Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (1998). La comunità terapeutica. Tra mito e realtà, , Milano: Raffaello Cortina.

Finazzi L. (1996). Alla ricerca del sé perduto – Dall'entusiasmo alla fatica di costruire un progetto comunitario, con una Prefazione di A. Palmonari, Bologna:.Edizioni Dehoniane.

Fiske S.T., Taylor S.E.(1991). Social Cognition, NewYork: Mc Graw Hill.

Kaneklin C., D'Ambrosio C. (a cura di) (1987). Atti del Convegno "Interventi di comunità", Milano: Università Cattolica del S.C.

Kaneklin C., Orsenigo A., (a cura di) (1992). Il lavoro di comunità. Modalità di intervento con adolescenti in difficoltà, Roma: NIS (ora Carocci).

Lang M. (a cura di) (1982). Strutture intermedie in psichiatria, Milano: Raffaello Cortina 1982.

Lombardo A. (2004). La comunità psicoterapeutica. Cultura, strumenti, tecnica, Milano:. Angeli.

Main T. (1983), The Concept of the Therapeutic Community: Variations and Vicissitudes, in M. Pines (ed.), The Evolution of Group Analysis, Routledge and Kegan Paul, London; tr. it. in La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici, Il Pensiero scientifico ed., Roma, 1992: 125-143.

Nisbett R., Ross L. (1980).L'inferenza umana. Strategie e lacune del giudizio sociale, trad. it, , Bologna: Il Mulino 1989.

Palmonari A. (a cura di) (1991). Comunità di convivenza e crescita della persona, Patron, Bologna.

Palmonari A. (1996), Prefazione a Finazzi L., Alla ricerca del sé perduto – Dall'entusiasmo alla fatica di costruire un progetto comunitario, Bologna: Edizioni Dehoniane,.

Rapoport R.N. (1960). Community as Doctor. New perspectives on a therapeutic community, Tavistock Publications, London, 1960. Tr. it. parz. in M. Lang (a cura di), Strutture intermedie in psichiatria, , Milano: Raffaello Cortina, 1982:. 129-154.

Rossati A., Corulli M., Piscopo R., (2004). Una ricerca sulle percezioni sociali della comunità terapeutica, in Rossati A., (a cura di). La sfida di Proteo. Tossicodipendenza e complessità, Torino: PAS: 177-199.

Rossati A., Gallo R. (a cura di) (2007). La Comunità terapeutica: mito e attualità, Torino: Ananke.

Taverna F. (2007). Le comunità: istituzioni o movimento? In Rossati A., Gallo R. ((a cura di) La Comunità terapeutica: mito e attualità, cit.: 171-78.

Whiteley J.S., Collis M. (1997)., I fattori terapeutici nella psicoterapia di gruppo, applicati alla comunità terapeutica,tr. it. in Corulli M. (a cura di), Terapeutico e antiterapeutico. Cosa accade nelle comunità terapeutiche?, Torino: Bollati Boringhieri, 1997:29-40.

Yalom I.D. (1975, 1995). The Theory and Practice of Group Psychotherapy, New York: Basic Books. tr it. Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo, Torino: Boringhieri, 1977, tr. della nuova ed., Torino: Bollati Boringhieri, 1997.

"Sarò come adesso ma con la barba": Costruzione dell'identità ed esplorazione dei sé possibili in adolescenti sottoposti a misura penale

Luigia Simona SICA*, Laura Aleni SESTITO**

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino
** Dipartimento di Scienze Relazionali "G. Iacono", Università degli Studi di Napoli "Federico II

SUMMARY. *"I'll be like now but I'll wear a beard": identity construction and possibile selves exploration in delinquent adolescents* - The aim of this study is to explore if belonging to deviant contexts can interfere in identità formation processes. We used autobiographical interviews and pictures with 15 male (aged 15 to 18), in a juvenile detection centre. Collected data were analysed with lexical and categorical content procedures. Results agree with aim and showed a descriptive focalization on present, on current self (phisical appearence) and showed few links with social context. Moreover, context plays an important role on explorative dimensions of identità constuction.

RIASSUNTO. Obiettivo di questo studio è esplorare il ruolo dell'appartenenza a contesti socialmente etichettati come *devianti* nei processi di formazione dell'identità. A tal fine, sono state somministrate - a 15 adolescenti maschi di età compresa tra i 15 e i 18 anni, ospiti di una comunità di custodia campana - interviste autobiografiche semi-strutturate e stimoli grafici. L'analisi dei materiali prodotti è stata condotta sia a livello contenutistico/categoriale che lessicale. I risultati ottenuti sostengono l'ipotesi, rilevando, nelle ricostruzioni autobiografiche degli intervistati, una focalizzazione descrittiva sul presente e sul sé attuale, in particolare in termini di definizione dell'aspetto fisico e di legame con il contesto sociale di appartenenza. Quest'ultimo, inoltre, mostra una sua influenza anche nelle dimensioni esplorative della costruzione dell'identità.

Introduzione

Negli studi sull'identità, la visione predominante si sofferma sulla considerazione del sé come rappresentazione soggettiva della propria indipendenza ed autonomia, sulla differenziazione e unicità rispetto agli altri (Goolishian, Anderson, 1996), nonché sulla costruzione dell'identità come un processo di natura eminentemente cognitiva (Bhabha, 1990). Critiche a questo approccio, già mosse da Nelson (2000), si soffermano sulla necessità di valutare una maggiore complessità nella definizione dell'identità individuale. Più nello specifico, in una prospettiva psico-sociale, gli studi sullo sviluppo dell'identità mettono l'accento su tre dimensioni dell'identità (dimensioni alle quali faremo riferimento in questo studio): relazionale (Rey, 2004), contestuale (Lerner, Castellino, 2002) e narrativa (Bamberg 2004; Chandler, 2000; Bruner, 1997).

IL BILANCIO TRA PRESENTE E FUTURO: NARRAZIONE E RELAZIONE NELLA COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ IN ADOLESCENZA

Muovendo dalla considerazione che una delle dimensioni più importanti dell'esperienza di vita degli individui sia la ricerca del 'senso' della propria esistenza, Bruner (1994, 2002) identifica il processo stesso di costruzione del sè con la 'narrazione di sé'. Assume, in altri termini, che il sè possa essere concettualizzato come una sintesi, o meglio, come una ricostruzione narrativa della esperienza di vita individuale. Il sé (o l'identità), dunque, si configura come una sintesi di differenti dimensioni: relazionale, temporale, cognitiva, affettiva, nonchè consapevole e inconscia.

Sebbene la ricerca del significato e la costruzione dell'identità siano processi che accompagnano l'individuo lungo tutto l'arco della vita, tuttavia, gli studi attuali sull'identità (Kroger, 2004) concordano con Erikson (1950) nell'affermare che il processo di definizione dell'identità sia uno dei compiti di sviluppo precipui della fase adolescenziale. Durante l'adolescenza, infatti, l'individuo definisce e ridefinisce la propria identità conferendo senso alle esperienze passate ed *esplorando* la dimensione del futuro[3] (Dunkel, 2000; Oyserman, 1990, 2004),

---

[3] Va rimarcato che recenti studi (Chandler,

tenendo conto, in tale processo, dello 'sguardo valorizzante dell'altro' (Harter, 1985). L'esplorazione può essere intesa, innanzitutto, come processo di riconsiderazione del committment (Bosma, 1992; Cotè e Levine, 1988; Ker-Kerpelman, Pittman, & Lamke, 1997; Meeus et al., 2002) nel quale le dimensioni dell'identità vengono sondate attraverso la produzione di rappresentazioni cognitive di sé nel futuro (Dunkel, 2000). Tali rappresentazioni sono state definite da Markus e Nurius (1986) come *sé possibili*: rappresentazioni cognitive del sé nel futuro, in termini di aspettative (*sé sperati*) o timori (*sé temuti*). Essi riflettono il modo in cui ci proiettiamo nel futuro e ciò che pensiamo, ci auguriamo o temiamo di diventare. In modo particolare, durante la fase dello sviluppo che Erikson definisce critica per la definizione della propria identità (l'adolescenza), si intrecciano due compiti di sviluppo primari legati l'uno alla progettualità e alla costruzione del proprio futuro nella transizione verso l'adultità (Mc Guire & Padawe – Singer, 1976; Oyserman, Johnson & Bybee, 2006), e l'altro legato all'acquisizione di una identità stabile e di un ruolo sociale riconosciuto. In questo doppio movimento – verso la proiezione nel futuro possibile e verso l'inserimento nel contesto sociale adulto - la dimensione sociale (legata sia al versante dell'approvazione e del consenso degli altri significativi che al rapporto con il contesto inteso in senso più ampio come ambiente o sistema di vita) assume un ruolo delicato ed importante (Kroger, 2004). E' nell'ambiente prossimale (Bronfebrenner, 1979) di riferimento che l'adolescente sperimenta se stesso e, al tempo stesso, definisce quale possa essere il proprio ruolo all'interno della comunità di appartenenza. 'Chi è' e 'in funzione di chi', sono, in altri termini, due dei parametri di maggiore impatto nei processi di definizione dell'identità per gli adolescenti. A tal proposito, Emler e Reicher (1995) suggeriscono che le scelte identitarie effettuate dall'adolescente siano, in realtà, sempre scelte effettuate all'interno di uno specifico contesto. In particolare, gli autori individuano due tipi di contesto: l'ordinamento istituzionale della società e i gruppi sociali informali, entrambi strettamente coinvolti nel processo di definizione dell'identità in adolescenza. In modo specifico, i contesti istituzionali possono avere un impatto forte sull'adolescente quando essi non siano 'normativi', ma siano dei marcatori sociali di passaggio di status (pensiamo all'arresto e all'inserimento in case di custodia). In questo caso, alle normali transizioni evolutive di natura biologica e/o sociale tipiche dell'adolescenza (Emde e Harmon, 1984) si aggiunge un nuovo cambiamento sociale (forse un *turnign-point*, Mc Adams, 1990) non normativo che rende la transizione evolutiva adolescenziale più opprimente, stressante (Rutter e Smith, 1995), sostanzialmente più difficile.

La dimensione del 'chi sono', dunque, ha costantemente bisogno per definirsi, da una parte di rappresentarsi e costruirsi su un asse temporale che tiene conto sia della proiezione al futuro delle proprie aspettative, speranze e timori, sia della costruzione di senso e di significato in riferimento al proprio passato (vedi processo di significazione di Bruner); dall'altra di organizzarsi intorno alla percezione del chi si è agli occhi degli altri (Bakhtin, 1997). Già Goffman (1959) sottolineava che ognuno di noi gestisce attivamente ciò che vuole mostrare agli altri di Sé e avvertiva anche che cambiando il palcoscenico (cioè la situazione ed il contesto), cambia anche la messa in scena, cioè la parte che mostriamo di noi. L'identità, in altri termini, si costruisce anche attraverso la transazione dell'individuo col contesto di riferimento (Lopez de Oliveira, Machado Vieira, 2006): la recente letteratura si muove proprio nella direzione di considerare la dimensione socio-contestuale nella definizione dell'identità (Bosma, 1992; Bosma e Kunnen, 2001; Ford e Lerner, 1992; Lannegrand & Bosma, 2006; Silbereisen et al., 1986, Silbereisen e Todt, 1994).

In tal senso anche la 'reputazione' (ciò che di sé si mostra agli altri e da questi viene riconosciuto), nel senso suggerito da Emler, è una forma di conoscenza delle persone mediata dall'interazione sociale. Harter (1996) sottolinea che è proprio in adolescenza, inoltre, che si è maggiormente vulnerabili alla dimensione sociale e allo sguardo valorizzante dell'altro; quando, cioè, si cercano riferimenti esterni che non siano più riferibili al solo contesto familiare, ma che si appuntino sulla collettività più ampia. D'altro canto, la propensione a dar ascolto all'esterno si manifesta proprio

2000) sottolineano la necessità di approcciarsi allo studio del sé tenendo conto della sua strutturazione sull'asse temporale, non soltanto durante la fase adolescenziale, ma lungo tutto l'arco di vita.

quando l'adolescente ha bisogno di sondare le proprie possibilità di essere, le proprie capacità di confronto, di creare mondi possibili, di esplorare i propri sé possibili (Dunkel, 2000; Erikson, 1968; Markus e Nurius, 1993; Oyserman, 1990, 2004).

IL BILANCIO DIFFICILE: IL RUOLO DEL CONTESTO NELLA DEFINIZIONE DEL SÉ PER GLI ADOLESCENTI DEVIANTI.

In modo particolare, sottolineano Oyserman e Markus (1993), in particolari contesti di appartenenza, la fusione tra dimensioni personali e aspetti socio-relazionali del sé ha una valenza più marcata. Recenti studi sottolineano come, accanto alle condizioni di disagio socio-economico, anche le condizioni di privazione di libertà contribuiscono a modificare il senso di sé degli adolescenti (Lopez de Oliveira, 2003, 2004; Lopez de Oliveira et al, 2004).

Nei contesti, invece, in cui la privazione di libertà personale è cosa concreta (misure di custodia penale, comunità correttive, strutture di prima accoglienza, carceri), l'attribuzione di un ruolo sociale si configura come esplicita. Tale esplicitazione, come suggerisce la letteratura classica sull'argomento (Bandini Gatti, 1987), costituisce una delle fasi più delicate nel processo di stabilizzazione dell'attività deviante. Soltanto attraverso la condanna pubblica, infatti, il deviante entra in quel tunnel di significazioni che amplifica il suo atto e da forma alla sua identità (De Leo e Patrizi, 2002). E', a questo punto, lo status (Gergen, Gergen, 1988), o il ruolo (Emler e Reicher, 1995), o l'identità socio-relazionale (Harter, 1998) o il Sé a subire un profondo mutamento.

Il processo di etichettamento definito dalla *labelling theory* (Becker 1963; Kituse 1962), può essere considerato, nella formazione della carriera deviante, un fattore importante per lo sviluppo di una vera e propria *identità deviante* (Bandini Gatti, 1987). Tale processo, infatti, non soltanto fornisce nell'immediato una definizione identitaria a comportamenti soggettivi, ma attribuisce anche in tal modo un'etichetta che contiene in sé delle 'guide' (Higgins, 1990) per il sé futuro. Tale attribuzione d'identità dall'esterno, come sottolinea Oyserman (1993, 2004), si evidenzia anche nei *sé possibili* generati. In altri termini, la scelta risolutoria di un'*identità deviante* appare come scelta di una prospettiva specifica di sviluppo, che comporta la rinuncia ad altri percorsi (Palmonari, Pombeni, Kircher, 1992). E' per questo che anche il comportamento deviante finisce con l'appartenere ad un ambito decisionale in cui il soggetto opera una vera e propria assunzione di identità (De Leo, Patrizi, De Gregorio, 2004). Giacché "il processo attraverso cui si diventa devianti ha umanamente poco senso qualora si trascuri la comprensione dell'attività di elaborazione concettuale del soggetto, via via che questi conferisce significato agli eventi e ai fatti che lo assillano" (Matza, 1969, 176).

Emler e Reicher (1995), come si accennava in precedenza, hanno ampliato il concetto psicosociale di definizione dell'identità, sottolineando che la reputazione sociale è una componente fondamentale di tale processo, o anzi, rappresenta un'estensione del Sé. In questa ottica, viene ribadito il ruolo attivo del soggetto nella costruzione della propria reputazione: gli individui intervengono consapevolmente nel rinforzare le reputazioni, comprese quelle negative. Una volta acquisita una reputazione deviante, sottolineano ancora gli autori (Emler e Reicher, 1995), falliti i tentativi di modificarla, essa diventa una parte del Sé: gli individui, cioè, la utilizzano come strategia di auto-presentazione. In questo modo, avvenuta l'acquisizione di una reputazione sociale deviante, l'individuo che si è identificato in un ruolo deviante vuole mostrare al suo pubblico che non deflette dall'orientamento che ha preso. In sostanza, durante il processo di costruzione dell'identità in adolescenza può risultare semplice, in alcuni casi, fornire informazioni su se stessi mettendo in atto comportamenti socialmente disapprovati (Skowronski e Carlston, 1989). D'altro canto, già Piaget (1932) rilevava che durante lo sviluppo morale le violazioni più importanti delle regole avvengono in pubblico.

In proposito, Mead (1934) ha affermato che la devianza è definibile come il risultato di un processo interattivo tra il soggetto, il contratto sociale, le norme che definiscono l'azione illecita, la reazione sociale all'infrazione stessa, e la riconsiderazione di sé da parte del soggetto in funzione di tutto il percorso precedente. E' su questo processo di costruzione di senso della propria esperienza che si annida anche la possibilità di una prosecuzione sul piano temporale della propria immagine identitaria, cioè la possibilità di esplorare i propri sé possibili.

La ricerca

A partire da quanto descritto finora, la presente ricerca muove dalla opportunità di indagare i

processi di esplorazione dell'identità nei giovani che incorrono in processi di etichettamento e di una iniziale acquisizione di una reputazione deviante. Tale opportunità è sostenuta dal proficuo e utile spunto di intervento che può venire dal comprendere come la dimensione futura e le proiezione di sé nel futuro si configurino in adolescenti che affrontano esperienze pesanti come quelle descritte e se e come tali esperienze (mediate dalla risposta sociale) possano influire nella definizione dell'identità stabile dell'individuo, inibendone possibilità di cambiamento e sviluppo anche dal punto di vista del reinserimento sociale.

La presente ricerca, infatti, muove dalle seguenti domande: perché si sceglie un progetto reputazionale deviante invece di uno normativo? In altri termini, l'esplorazione della propria identità, che si concretizza anche attraverso la produzione dei sé possibili (Dunkel, 2000), viene influenzata dal processo di etichettamento? Un adolescente che incorre in una sanzione penale e che viene, quindi, inserito nel circuito di custodia penale continuerà ad immaginare alternative possibili al proprio modo di essere, o inizierà ad acquisire la forma identitaria che il contesto sociale gli sta indirettamente fornendo?

Per ottenere prime risposte a questi interrogativi, la ricerca intende approfondire lo studio dell'identità in uno specifico contesto (una casa di custodia per minori, attiva in territorio campano), dal momento che si aderisce all'assunto teorico di co-costruzione dell'identità nell'interazione tra individuo e ambiente prossimale di sviluppo (Bronfenbrenner, 1979). Tale ricerca, pertanto, si connota come una ricerca 'situata', calata cioè in uno specifico contesto di indagine. Essa, perciò, non ha l'obiettivo di fornire risultati generalizzabili su ampia scala, ma rappresenta una sorta di 'studio di caso', i cui risultati possono fornire utili indicazioni per successivi approfondimenti ed ampliamenti su altri studi relativi ad altre realtà specifiche.

IL CONTESTO DI INDAGINE: LA REALTÀ CAMPANA

Il contesto socio-culturale di riferimento della ricerca è quello della regione Campania; si fa riferimento, inoltre, ad una specifica realtà locale, che tuttavia, risulta essere, secondo i dati forniti dall'ente di custodia all'ente di ricerca durante la fase iniziale di contatto per la preparazione della ricerca, sufficientemente rappresentativa di quanto descritto di seguito.

"La difficile situazione economica è la causa principale della criminalità in Campania, seguita dalla mancanza di una cultura della legalità e del disagio sociale. A ciò si aggiunge l'insufficiente presenza delle Istituzioni dello Stato (13,7%), le pene poco severe e le scarcerazioni facili (9,5%), il potere delle organizzazioni criminali (4,5%) e le scarse risorse a disposizione delle Forze dell'ordine (2,7%). Inoltre la microcriminalità è stata definita dal 47,4% dei napoletani come l'emergenza più grave nella città nell'ambito della criminalità. Mentre più di due napoletani su tre, il 67,9%, ritengono molto diffusa tra i giovani l'abitudine a girare armati di coltello. Il 70% si sente poco o per niente sicuro ad uscire da solo nel quartiere in cui vive nelle ore serali; ed il 26,9% si sente poco o per niente sicuro a farlo di giorno. Nella città di Napoli e nell'hinterland provinciale agiscono 70 clan con 4.000 pregiudicati collegati. La guerra tra le cosche in Campania, tra il 1999 e il 2003, ha causato 311 omicidi, ovvero il 46,7% del totale nazionale degli omicidi riconducibili alle guerre interne tra le diverse organizzazioni criminali (666). Solo nel 2002 a Napoli si sono verificati 64 omicidi volontari e 209 tentati omicidi, 10.984 rapine, 293 estorsioni, 5.737 borseggi, 4.715 scippi, 1.475 furti in appartamento, 813 furti in negozio, 4.125 furti in auto in sosta, 553 furti in uffici pubblici; sempre nel 2002, 118 persone sono state denunciate per usura a Napoli e 43mila furti di automobili sono stati registrati in Campania, regione che da sola fa registrare un quinto del totale nazionale (il 21,1%)"[4].

OBIETTIVO ED IPOTESI.

Obiettivo del presente studio è analizzare i processi di formazione dell'identità in adolescenti sottoposti a misura penale in uno specifico contesto campano, focalizzando la dimensione della definizione del sé attuale e l'esplorazione del futuro attraverso la produzione di sé possibili. Si intende esplorare, in particolare, se l'ingresso in

---

[4] Fonte: Indagine sulla percezione della legalità e della sicurezza tra i cittadini partenopei, contenuti all'interno della ricerca realizzata dall'Eurispes http://www.eurispes.it/index.php/Criminalita-e-sicurezza/criminalita-sicurezza-e-devianza-giovanile-a-napoli-analisi-di-un-distretto-criminale-complesso.html).

istituzioni penali possa implicare una ridefinizione dell'identità negli adolescenti o se, piuttosto, ne precluda l'esplorazione dei sé possibili.

Si ipotizza, in particolare, che l'identità sociale e l'ingresso in un contesto socialmente definito e riconoscibile (casa di custodia) interferiscano nei processi di esplorazione dell'identità tipici dell'adolescenza, modificando la produzione dei sé possibili in termini di progettualità, di aspettative e di timori. In tal senso, in precedenti studi (Sica, 2009) si è rilevata una differente produzione di sé possibili in funzione del contesto normativo o a rischio di appartenenza, evidenziando una minore esplorazione dell'identità nei soggetti 'a rischio'.

Si intendono, quindi, esplorare in dettaglio le dimensioni della descrizione del sé attuale e dei sé possibili (*sé futuro, sé sperato* e *sé temuto*) di adolescenti sottoposti a misura penale.

Metodo

La metodologia qualitativa (Flick, 1998; Gobo, 1998; Mazzara, 2002; Silverman, 1993) è parsa adeguata per cogliere i processi che sottendono la costruzione del significato ad un metalivello riflessivo, con particolare riguardo alla rielaborazione dei fattori inerenti le peculiarità del contesto. Per esaminare la produzione di sé possibili, in quanto risultato di un processo di esplorazione e di ridefinizione del sé e di proiezione nel tempo futuro, è stato utilizzato un approccio narrativo (Mishler, 1986; Riessman, 1993), volto a far emergere le caratteristiche di rielaborazione personale del sé. La metodologia qualitativa, inoltre, adotta un approccio naturalistico verso il suo oggetto d'indagine, poichè studia i fenomeni nei loro contesti naturali e tenta di conferire a tali fenomeni un senso (Denzin, Lincoln, 1994). In questa ottica, l'oggetto di indagine viene visto al tempo stesso nella sua *particolarità* e *unicità*, in quanto strettamente legato al contesto nel quale è inserito, ma, al tempo stesso, nella sua *globalità* e *complessità* (Cicognani, 2002), derivante dal processo di costruzione di significato che coinvolge nel medesimo momento più livelli e più dimensioni temporali, riflessive, identitarie, cognitive. L'approccio narrativo consente, dunque, di cogliere la dimensione multisfaccettata e complessa dell'organizzazione del sé nel momento attuale e con riferimento al contesto in cui il soggetto si trova (Roth, 2003). La narrazione, pertanto, costituisce il contesto micro-genetico in cui il soggetto presenta se stesso pubblicamente e consente di far emergere la dimensione intersoggettiva del sé, supportato dal contesto socio-istituzionale in cui l'interazione stessa è inserita (Bamberg, 2004a; 2004b; Koborov, Bamberg, 2004a).

Partecipanti

Hanno partecipato alla ricerca 15 adolescenti maschi, di età compresa tra i 15 e i 18 anni (età media 16.5), che hanno subito un processo penale e ospiti, al momento della ricerca, di una casa di custodia penale campana. La scelta di tale contesto di indagine è stata motivata da: collocazione della stessa in un'area territoriale con alto indice di criminalità e devianza, ma con livello socioeconomico 'medio'; disponibilità dell'istituzione alla collaborazione nella ricerca; disponibilità di collaborazione di tutti i ragazzi presenti all'interno della casa di custodia e, dunque, dell'intero micro-sistema deviante.

All'interno di tale casa di custodia sono ospitati minori che hanno subito o sono in attesa di giudizio e che hanno commesso differenti tipologie di reati. Tali tipologie sono, tuttavia, classificabili in due grosse categorie: 1. Macrocriminalità (appartenenza alla criminalità organizzata del territorio, omicidi, etc...); 2. Microciminalità (reati di piccolo cabotaggio, quali furti, piccole rapine, piccolo spaccio di stupefacenti, etc). Dei dieci ragazzi ospiti della casa di custodia al momento della ricerca, 8 sono classificabili come appartenenti all'area uno 'macro' e 7 all'area due 'micro'. Si sottolinea in questa sede che ulteriori dettagli relativi alle storie di vita ed ai reati commessi dai singoli partecipanti, pur essendo a conoscenza dei ricercatori, in seguito a colloqui privati con il direttore della struttura in questione, non verranno esplicitati in questa sede per motivi di privacy e sicurezza. Tuttavia, anche in funzione di tali informazioni è stata effettuata la classificazione e l'attribuzione dei partecipanti all'una o all'altra delle due aree descritte.

Strumenti

E' stata adottata, come strumento di indagine, l'intervista autobiografica, poichè essa stimola nel soggetto la ricostruzione narrativa della propria storia di vita, che aiuta a trovare continuità e coerenza (Neisser, 1988, 1995) attraverso la possibilità di attingere alla memoria eventi signficativi per la storia del sé, contestualizzandoli in una visione prospetticamente più ampia relati-

va alla storia evolutiva individuale (Bruner, 1990; Ochs e Capps 2001; Wang e Brockmeier, 2002). Tale processo, stimolato dalla consegna aperta dell'intervista, si realizza tramite una codifica linguistica dell'esperienza (Lorenzetti Stame, 2004), che fornisce agli eventi rievocati e narrati nessi di causalità temporale (secondo Ricoeur, 1983, la narrazione introduce all'interno della realtà la grammatica del tempo) e soggettiva (raccontare una storia su di sé, sostengono Atkinson *et al.*, 2000, può trasformare il sé).

In particolare, nell'ampio panorama di interviste autobiografiche, è stata scelta ed utilizzata un'intervista autobiografica narrativa (Miles e Huberman, 1994; Enebrink et. al, 2006), messa a punto seguendo una domanda generativa e introduttiva con la quale - dopo un breve riferimento al nostro interesse di ricerca, definito come un interesse per le esperienze di cambiamento e di orientamento al futuro - si sollecitava il soggetto a raccontare la propria vita a partire da un punto scelto dal soggetto stesso ("*Racconta la tua vita come se fosse una storia a cominciare da dove vuoi*"). Successivamente sono state sollecitate domande relative ai sé possibili, secondo la successione sé sperato, sé futuro e sé temuto già sperimentata da Oyserman e Markus (1990) proprio con adolescenti devianti all'interno di case di custodia penale. La scelta dell'intervista narrativa come strumento di indagine è motivata, pertanto, dalla sua particolare appropriatezza per raccogliere testi su esperienze personali creati secondo una modalità ricostruttiva negoziata al momento stesso dell'incontro fra ricercatore ed intervistato. L'intervista, in questa funzione, assume la forma particolare di essere poco strutturata e flessibile (Cardano, 2003; Demazièr, Dubar, 1997; Josselson Lieblich, 1993; Paolicchi, 2002) e, dunque, capace di elicitare processi di attribuzione di significato alle proprie esperienze di vita attraverso la rielaborazione narrativa (Bruner, 1986, 1994, 2002). Le descrizioni narrative rappresentano, infatti, la modalità discorsiva attraverso la quale gli individui organizzano, comprendono e danno forma alla propria esperienza di sé (Mc Adams, 1995; Fielding & Lee, 1998; Marshall, Rossmann, 1995; Silverman, 1993; Mazzara, 2002). L'intervista autobiografica - va sottolineato - promuove in genere una conoscenza di sé, perché durante il suo svolgimento costringe il soggetto (il rispondente) ad attivare un processo di costruzione di senso e significato sul proprio sé e sulla propria esperienza di vita (Garfinkel, 1990; Mishler, 1986). In questo senso l'intervista produce sempre un cambiamento e un effetto sull'intervistato di cui tenere conto nella pianificazione della ricerca e nell'utilizzo dello strumento stesso. L'intervista è stata preceduta dalla somministrazione di una consegna grafica ("disegna: chi sono, chi sarò, chi vorrei essere e chi ho paura di diventare") volta ad attivare la riflessione sulle dimensioni possibili del sé e sul futuro. L'utilizzo dell'*autoritratto grafico*, all'interno di una raccolta di dati qualitativi, affonda le sue radici motivazionali nel valore simbolico e semiotico della produzione grafica. Attraverso il disegno, infatti, si assiste alla sintesi simbolica e concettuale di una rappresentazione interiore del soggetto su determinate tematiche: vale a dire il passaggio, noto in psicologia clinica (Carli, 1987), dal *significato* al *significante* (Arnheim, 1966; Boutonier, 1937; Goodenogh, 1926; Panofskji, 1955). Nel disegnare si crea, e nel disegnare se stessi – come nel caso della consegna della presente ricerca – si rielabora e riorganizza in una forma unica e complessa un'intera rappresentazione di sé che si riferisce all'intero processo di organizzazione della propria identità (Brockmeier, 1997).

Procedura di raccolta dei dati

Per quanto concerne la procedura di raccolta dei dati: in una prima fase è stata contattata la casa di custodia in oggetto ed è stato stipulato un protocollo d'intesa tra essa e l'ente di ricerca; successivamente sono stati condotti i colloqui con i ragazzi nel corso dei quali sono stati raccolti i dati. Pertanto, i partecipanti sono stati intervistati previo consenso del direttore della casa di custodia e con riferimento al un protocollo d'intesa stipulato con l'ente di ricerca. Durante i colloqui è stata prima presentata una consegna grafica al fine di stimolare i processi di riflessione su di sé e di espressione e successivamente è stata condotta un'intervista. Sono stati garantiti anonimato e partecipazione volontaria. Le interviste sono state audio-registrate con il consenso dei partecipanti. La durata dell'intervista è stata, in media, di 35 minuti.

PROCEDURA DI ANALISI DEI DATI

Le *produzioni grafiche* sono state categorizzate separatamente per *sé attuale*, *sé futuro*, *sé sperato* e *sé temuto* unicamente in base al loro contenuto simbolico da due giudici indipendenti, con un grado di accordo pari all'85%. La procedura di

analisi dei *testi* delle interviste ha previsto due livelli:

analisi lessicale del contenuto (per esaminare dimensioni latenti e fattori descrittivo/interpretativi dei testi): il corpus testuale nella sua interezza costituito dalle dieci interviste raccolte è stato analizzato attraverso analisi dei cluster (classificazione discendente gerarchica) delle co-occorrenze (intersezione di parole tipiche e frasi in cui vengono prodotte) per determinare il vocabolario specifico di ciascuna classe (composto dalle parole significativamente più presenti negli enunciati della classe rispetto a tutto il resto del corpus) e, successivamente, tramite proiezione fattoriale dei cluster ne sono stati evidenziati i fattori interpretativi (Reinert, 1986; Tomasetto, Selleri, 2004). L'appartenenza dei soggetti all'area 1 'macro' o all'area 2 'micro' è stata utilizzata come variabile illustrativa all'interno dell'analisi, che si associa ai cluster (sulla base del valore del chi quadro), ma non interviene nel processo di estrazione dei cluster stessi (Reinert, 1986; Tomasetto, Selleri, 2004).

Analisi categoriale del contenuto (per esaminare le caratteristiche specifiche delle dimensione del sé sulla base dei cluster prodotti dall'analisi lessicale): sono state individuate e codificate - da parte di due giudici indipendenti - le unità di testo presenti nelle interviste, con una conseguente sistematizzazione in categorie. Le unità di testo considerate sono da intendersi come *unità narrative* (Todorov 1966; Barthes 1964; Mazzara, 2002), intendendo con esse la forma sintattica minima in cui venga espresso un contenuto, non strettamente legato ai singoli lemmi ma al gruppo sintattico minimo dotato di senso. Le unità narrative considerate sono state codificate a partire dalle macrocategorie emerse dall'analisi del cluster, secondo lo schema di codifica suggerito da Unemori, Omoregie, Markus (2004), che riassumono una vasta letteratura sull'argomento (Hooker, 1999; Oyserman et al., 1995; Oyserman & Markus, 1990a, 1990b; Oyserman & Saltz, 1993; Robinson, Davis, & Meara, 2003). Il controllo inter-osservatore, che permette di calcolare il grado di accordo e disaccordo tra i diversi giudici, è stato svolto su tutte le interviste, raggiungendo un grado di accordo pari all'87%;

Ci si è avvalsi per l'analisi dei testi, in entrambi i casi, di una procedura software assistita: *Alceste*[5] (Reinert, 1986) per l'analisi lessicale e *N-vivo* (Richards, 2000) per l'analisi categoriale.

Risultati

VEDERSI (DISEGNARSI) NEL PRESENTE E NEL FUTURO.

Da un punto di vista formale, i disegni prodotti hanno alcune caratteristiche comuni: centratura nella pagina e utilizzo della matita e non dei colori. I disegni inoltre, risultano semplici nella loro realizzazione e sono stati effettuati 'di getto', nell'arco di pochi minuti, senza un tempo di latenza o di riflessione iniziale superiore a qualche secondo. Tutti i partecipanti, senza differenziazioni significative relativamente all'appartenenza all'area 1 o 2, hanno prodotto disegni a matita in risposta alla consegna grafica.

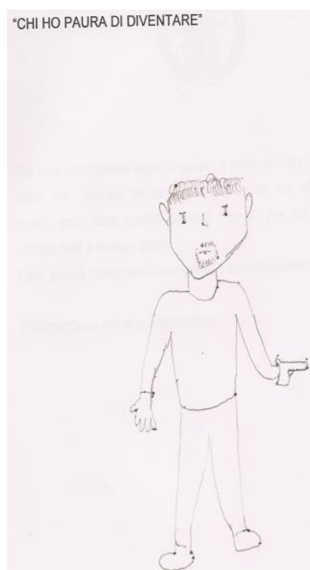
Rispetto al contenuto, invece, sono stati rintracciati elementi peculiari in riferimento ai differenti *sé possibili* prodotti (Fig. 1).

Figura 1: I disegni dei sé possibili: esempi.



[5] Applicando una procedura di Classificazione Discendente Gerarchica, ALCESTE raggruppa gli enunciati di un corpus testuale in modo da creare classi il più possibile omogenee al loro interno (cioè composte da enunciati in cui si ripete sistematicamente la co-occorrenza delle medesime parole), ed il più possibile diverse l'una dall'altra. Procedendo nell'analisi, ALCESTE determina il vocabolario specifico di ciascuna classe, composto dalle parole significativamente più presenti negli enunciati della classe rispetto a tutto il resto del corpus. L'unità di analisi principale è quindi l'enunciato, al quale solo in un secondo tempo si abbina l'analisi delle singole parole (Tomasetto e Selleri, 2004).







I disegni del *sé attuale* si caratterizzano per:

autoritratto realistico di sé. Si tratta di un tentativo di riprodurre il proprio aspetto fisico, riproducendo fedelmente le caratteristiche del proprio volto o del proprio modo di vestire

ancoraggio alla dimensione corporea. E' presente una minuta descrizione dei dettagli fisiognomici, senza interpolazione di elementi simbolici.

Nei disegni del *sé futuro* si rintracciano due tipologie:

ripetizione del medesimo disegno prodotto per il sé attuale. Il disegno eseguito per il sé attuale viene in questo caso ricopiato integralmente.

ripetizione del medesimo disegno prodotto per il sé attuale con la barba. Il disegno eseguito per il sé attuale viene in questo caso ricopiato integralmente, ma con l'aggiunta di dettagli ed elementi simbolici che alludono al passaggio del tempo e alla crescita individuale fisiologica.

Nel caso del *sé sperato,* invece, vengono utilizzati elementi simbolici:

punto interrogativo. Il disegno della persona viene sostituito con il disegno di soli elementi concettuali e simbolici che alludono ad una dimensione emotiva o cognitiva.

raffigurazione di sé in contesto lavorativo. In questo caso viene mantenuta la raffigurazione della persona, ma vengono introdotti elementi di contesto.

Allo stesso modo per il *sé temuto* i disegni non si soffermano sulla descrizione del proprio aspetto fisico, ma sull'utilizzo di uno o più elementi simbolici:

pistola

carcere

scene raffiguranti omicidi

Il cambiamento mediato dalle possibilità esterne: l'analisi lessicale del corpus testuale.

L'analisi lessicale, condotta sui testi delle interviste considerati come un unico *corpus testuale,* ha evidenziato 67 u.c.e.[6], delle quali 43 sono state classificate nel processo di analisi, con un buon indice di stabilità (64.18 %).

[6] u.c.e.: unità di contesto elementare.

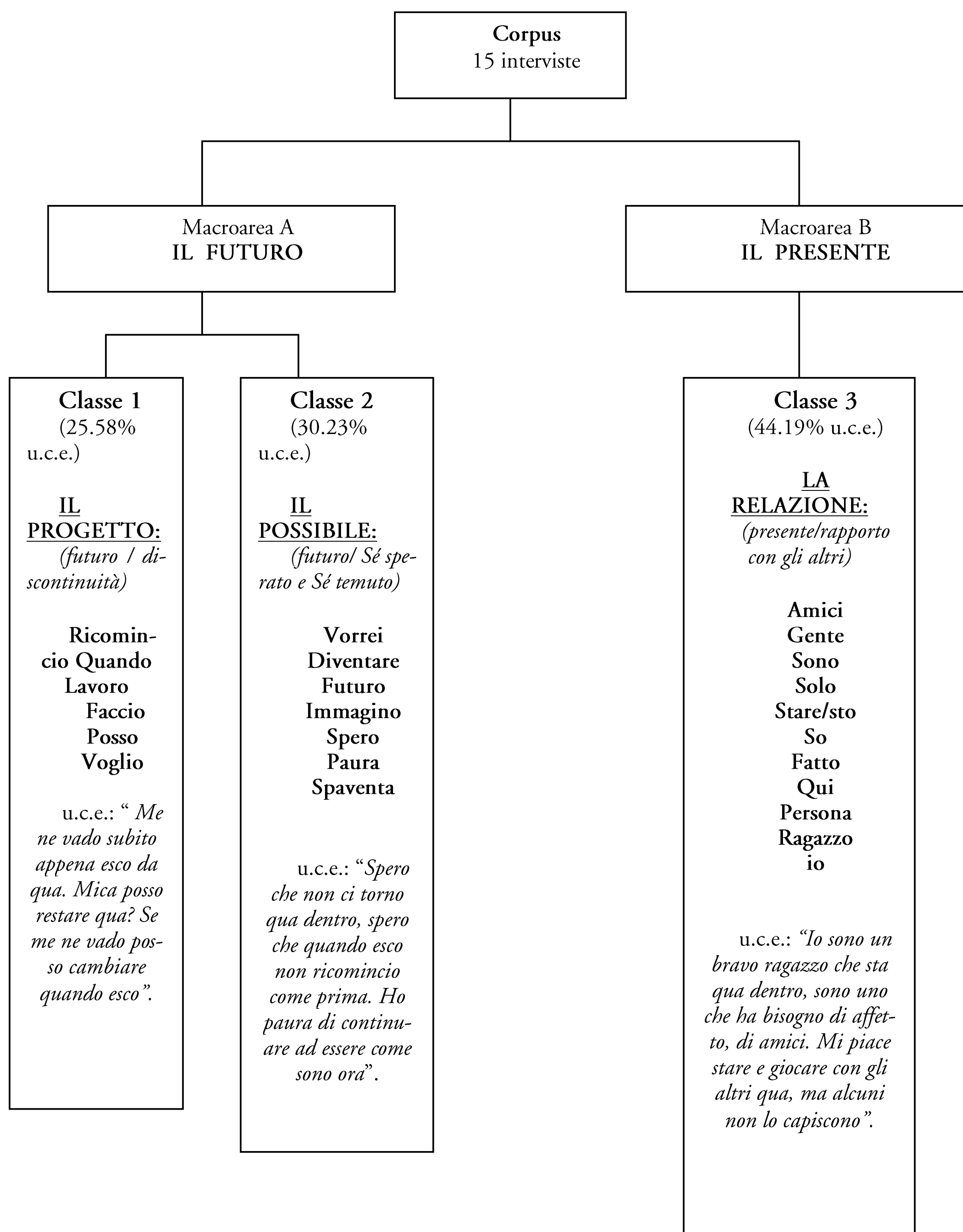
Sulla base delle co-occorrenze tra *forme* ed *unità di contesto*, gli enunciati che compongono il *corpus* sono stati suddivisi, mediante *classificazione discendente gerarchica,* in tre classi al loro interno omogenee. Il risultato è rappresentato dal dendrogramma delle classi stabili (figura 2).

Il processo di classificazione, prima di giungere alla definitiva soluzione a tre cluster, ha prodotto una prima partizione in due macro-aree, interpretabili in base al posizionamento temporale dei contenuti descrittivi del sé forniti dai soggetti: la dimensione del presente e quella del futuro. Quest'ultima si ripartisce ulteriormente in due aree, configurando, in tal modo, la definitiva suddivisione in tre classi di discorso, che rappresentano tre dimensioni interpretative possibili (Figura 3).

Figura 2: Dendrogramma dei cluster lessicali.



Figura 3: I cluster dell'analisi lessicale (cluster, occorrenze e u.c.e.)



La modalità area 1 'macro'/ area 2 'micro' della variabile illustrativa considerata non risulta associata ad alcun cluster in particolare. I mondi lessicali emersi sono, pertanto, trasversali.

Dalla macro-area relativa al futuro emergono, dunque, due classi.

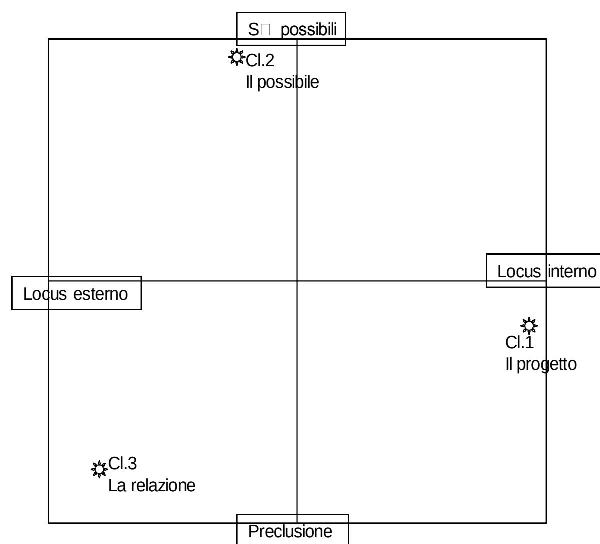
La prima classe, interpretabile come *Il progetto* (25.58% u.c.e.), evidenzia una dimensione progettuale dell'esplorazione del futuro (futuro/discontinuità). A condensarsi in questa classe è la concreta programmazione del futuro, in termini di progettualità e investimento concreto in nuove possibilità di vita intese come veri e propri turning points evolutivi (u.c.e.: " *Me ne vado subito appena esco da qua. Mica posso restare qua? Se me ne vado posso cambiare quando esco"*).

La seconda classe è interpretabile come la classe de *Il possibile (30.23%u.c.e.*) descritto sia in termini di aspettative che di timori (*sé sperato* e *sé temuto).* (u.c.e.: *"Spero che non ci torno qua dentro, spero che quando esco non ricomincio come prima. Ho paura di continuare ad essere come sono ora"*).

La macroarea del presente costituisce, invece, la classe più ampia, la terza, etichettabile come *La relazione* (44.19%u.c.e.). I soggetti, in questa classe, si definiscono attraverso un sé attuale relazionale (presente/rapporto con gli altri). È il rapporto con gli altri ad essere costitutivo della dimensione attuale del sé, unitamente al contesto nel quale si è inseriti. (u.c.e.: *"Io sono un bravo ragazzo che sta qua dentro, sono uno che ha bisogno di affetto, di amici. Mi piace stare e giocare con gli altri qua, ma alcuni non lo capiscono"*).

L'*analisi fattoriale delle corrispondenze* evidenzia due fattori, riportati graficamente su piano cartesiano, che spiegano rispettivamente il 65.20% ed il 34.80% dell'inerzia totale (figura 4).

Figura 4: Proiezione fattoriale delle classi.



Asse orizzontale: 1¡fattore: Locus of control (65.20% dellÕinerzia)
Asse verticale: 2¡ fattore: Esplorazione del s□(34.38% dell Õinerzia)

Il primo fattore, rappresentato dall'asse orizzontale, sembra individuare la dimensione del *locus of control* nella definizione della propria identità che procede da un estremo

(sinistra), in cui l'attribuzione di responsabilità e di regolazione è addebitata all'*esterno*, all'altro (destra) in cui l'attribuzione è invece rintracciata all'*interno*. Il secondo fattore, rappresentato dall'asse verticale, sembra descrivere la dimensione dell'*esplorazione dell'identità*. Gli aspetti che definiscono tale fattore vanno dalla dimensione più propriamente esplorativa rappresentata dai *sé possibili* (in alto), ad una dimensione, invece, di *preclusione* dell'identità, cioè di inibizione dell'esplorazione stessa (in basso). La classe 1 si posiziona nel secondo quadrante, unendo un *locus of control* interno ad una iniziale preclusione dell'identità.

Anche la classe tre, che si posiziona nel terzo quadrante, si mostra sul versante della preclusione dell'identità e di una attribuzione di responsabilità e di regolazione all'esterno. Soltanto la classe due si pone su una dimensione di vera e propria esplorazione dei sé possibili.

"DIVENTERÒ UN RAGAZZO LAVORATIVO?": L'ANALISI CATEGORIALE DEL CONTENUTO.

Per meglio esplorare le dimensioni presente e futura del sé emerse come macro-aree dall'analisi lessicale, si è proceduto ad analisi categoriale del contenuto. Le interviste, pertanto, sono state inizialmente segmentate in unità di testo e successivamente codificate da due giudici indipendenti – con un grado di accordo pari al 92% - in 16 categorie descrittive a partire da due macro-categorie iniziali: *sé attuale* e *sé possibili* (tabella 1).

Tabella 1: Analisi categoriale del contenuto (categorie descrittive con esempi di testo).

MACRO-CATEGORIE (corrispondenti alle macro-aree emerse dall'analisi lessicale)	CATEGORIE	SOTTO-CATEGORIE DESCRITTIVE	ESEMPI DI TESTO
Il presente	*Sé attuale*	Aspetto fisico, Ruolo contestuale, Aspetti relazionali, Azione deviante.	*Allora, guarda: ho fatto il cuore perché sono innamorato..eh sono innamorato (ride) è normale, no, che sono innamorato? Poi questa piccola pistola, perché.. come devo dire? E' la pistola il fatto per cui sto qua. I cinque punti della mala-vita. Perché (ride) perché c'è tanta gente malvagia qui fuori. Ovunque vai, però io non sono malvagio, ho solo sbagliato con la legge. Tutti possono sbagliare, no? Queste sono le cancelle, vedi? Quelle che indicano che sto qua dentro. Aspetta, poi questi cinque punti di prima, hanno dei simboli, ma io non lo so perché, quali sono, non lo so preciso che sono. Ho fatto le cancelle perché chi fa questa vita va a finire dietro le cancelle. Questo è quello che sono io adesso.* *Io sono uno che sta qua dentro. Niente più.*

Il futuro (Sé possibili)	*Sé futuro*	Impossibilità del cambiamento (riferito al contesto e riferito all'aspetto fisico).	*Me ne devo andare da qua e poi posso cambiare quando esco. Andare a lavorare a * è un po' difficile. Il lavoro si trova, ma non è quello normale. Soprattutto quando si è ragazzi. Per esempio io quando ero ragazzo subito sono stato preso da quelli per distribuire la droga. Loro ti danno i soldi, e quando uno non ne ha se li prende. Quindi quando esco di qua se non me ne vado ricomincio come prima. E penso che così è.*
	Sé sperato	Inserimento lavorativo, Andare lontano.	*Me ne voglio andare lontano quando esco da qua. Me ne vado fuori dal fratello di mia madre. Mi ha promesso che mi aiuta a cercare un lavoro. Me ne vado subito appena esco di qua. Mica posso restare qua? E' inutile che resto qua, se non quando esco da qua quelli subito mi pigliano di nuovo, e poi faccio pure diciotto anni e se mi arrestano un'altra volta chi lo cresce mio figlio? Non posso restare qua.*
	Sé temuto	Legame col contesto deviante, Diventare un assassino.	*Continuare a essere come sono ora. Restare dove mi trovo in questo momento.* *Per forza, quando esco da qua mi devo dare da fare, se non finisco così (ripete il gesto). Questa non è una bella zona, lavoro non se ne trova. Certo che ho paura, anzi un poco lo so già, forse me ne devo proprio andare. Però ora mi manca proprio l'aria a stare qua dentro.*

Riguardo alla descrizione del *sé attuale* emergono come indicatori *l'aspetto fisico* (60 %), *la definizione di ruolo* (25%) strettamente relativa al contesto specifico di inserimento dei soggetti, gli *aspetti relazionali* (15%) che investono in primo luogo i rapporti all'interno dell'istituzione in cui i soggetti vivono, *l'azione deviante*, (intendendo con essa la focalizzazione sul reato commesso, la definizione di sé attraverso di esso e la motivazione che ha spinto al reato stesso). Per quanto concerne il *sé futuro* è emersa con particolare insistenza (in quasi tutti i soggetti) la dimensione dell'*impossibilità del cambiamento* (95%). Tale impossibilità è caratterizzata specificamente dalla descrizione di sé in base al

contesto (*"sono un ragazzo che sta in carcere")* e in base all'*aspetto fisico* (*"in futuro sarò come sono adesso ma con la barba")*. Nel parlare di sé in termini di *sé sperati* i riferimenti specifici dei soggetti sono riguardo all'*inserimento lavorativo* (54 %), alla speranza di *andare lontano* (*"vorrei cambiare posto dove vivere"*) (46%). La dimensione del *sé temuto* si accentra intorno a due macrocategorie, anch'esse strettamente legate all'esperienza penale che i soggetti stanno vivendo: *legame col contesto deviante* (non riuscire a sottrarsi al contesto di riferimento) (70%) e *diventare un assassino* (30%). Per quanto concerne l'appartenenza dei soggetti all'area 1 o 2, non si riscontrano, anche in questo caso, differenze di rilievo, tranne che per una maggiore propensione degli appartenenti all'area 1 ad attribuire ai sé temuti una connotazione di forte legame col contesto di appartenenza.

Discussione

All'interno di questa ricerca si è tentato di offrire un primo studio descrittivo sui processi di esplorazione dell'identità in adolescenti sottoposti a misura penale, nel contesto italiano campano facendo riferimento ad una specifica situazione di comunità, scelta come aderente alla situazione regionale più ampia. Per far ciò, si è condotta un'indagine di tipo qualitativo in una casa di custodia campana, in cui erano presenti minori (tutti maschi) che avevano commesso reati di differenti tipologie. I risultati emersi forniscono interessanti spunti di riflessione e di discussione, che si nutrono del dibattito teorico sull'argomento, pur senza pretendere una vera e propria generalizzazione, dato lo scarso numero dei partecipanti alla ricerca. La discussione dei risultati, pertanto, ha l'intento di analizzare e comprendere in profondità i risultati emersi nello specifico 'caso' esaminato con il nostro studio.

I risultati della ricerca vanno nella direzione di una effettiva inibizione nei processi di esplorazione dell'identità nei partecipanti alla ricerca. Più variegati risultano essere, invece, i risultati in dettaglio.

Innanzitutto, la variabile 'tipologia' di reato non sembra influire in modo precipuo nei processi di esplorazione dei sé possibili dei ragazzi da noi intervistati. I risultati emersi sono, infatti, comuni ad entrambe le tipologie di reati considerate. Tale dato potrebbe essere interpretabile a due livelli: ad un primo, bisogna tener conto del comune sostrato sociale cui i soggetti della ricerca appartengono che implica anche un medesimo humus per le tipologie di reato considerate; ad un secondo livello si potrebbe ipotizzare che, ad influire sui processi di esplorazione dell'identità personale, sia non tanto il tipo di reato commesso, quanto piuttosto l'esperienze dell'arresto e della "detenzione" in sé.

I risultati mostrano, invece, per tutti i partecipanti alla ricerca una tendenza all'inibizione dell'esplorazione dei *sé possibili* e una focalizzazione sulla descrizione del *sé attuale* nei termini di descrizione dell'aspetto fisico e di ancoraggio al reato commesso. L'ampio spazio riservato alla rappresentazione grafica della propria immagine in termini realistici, la difficoltà di rappresentazione dell'immagine di sé proiettata nel futuro (il disegno del *sé futuro* è la copia di quello presente, con la giustapposizione di alcuni attributi di crescita soltanto fisica, come la barba) confermano l'appiattimento sulla dimensione del presente. Ampia letteratura (Damon e Hart, 1988; Harter, 1982, 1988, 1990; Rosenberg, 1979) sottolinea che la natura dell'auto-rappresentazione si modifica nel corso dello sviluppo passando da descrizioni concrete di sé, dei propri comportamenti, del proprio aspetto, a descrizioni più astratte che fanno riferimento a dimensioni intrapsichiche e psicologiche soggettive. Tale cambiamento, come evidenziava già la cornice teorica piagetiana (Piaget, 1932) avviene in corrispondenza dello sviluppo delle abilità cognitive nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza. L'utilizzo di descrizioni concrete nei partecipanti alla nostra ricerca sembra essere tipica di un tipo di autorappresentazione pre-adolescenziale, come se, nei nostri soggetti, non fosse ancora del tutto maturata un'interiorizzazione stabile dei propri tratti di personalità, né l'identificazione e il riconoscimento di sé in caratteristiche differenti (cioè psicologiche, relazionali, identitarie) da quelle esteriori e socialmente evidenti (la devianza, l'aspetto fisico, etc.). Tali risultati convergono, inoltre, con uno studio classico di Damon e Hart (1988) nel

quale gli autori attribuiscono ai ragazzi devianti l'appartenenza ai primi due livelli dello sviluppo secondo il loro modello, nei quali l'auto-rappresentazione del sé si concentra sull'aspetto concreto e sul confronto con l'altro. Gli autori osservano, inoltre, che proprio le conseguenze delle difficoltà sociali e legali in cui i devianti incorrono (vedi processo di etichettamento) rendono particolarmente difficile transitare verso un livello più astratto di rappresentazione di sé. I devianti resterebbero, secondo gli autori, legati strettamente alla valutazione dell'altro e al suo sguardo valorizzante, cioè alla dimensione fenomenica ed esteriore della propria identità ("sono come gli altri mi vedono, come dicono che io sia"). Tale interpretazione risulta utile anche per leggere i risultati del nostro studio dal momento che converge nell'ipotesi che siano proprio lo sguardo valorizzante dell'altro e il suo giudizio a precludere, in qualche misura, il processo di esplorazione dell'identità e a bloccare la rappresentazione di sé tra il concreto e il presente.

In tale ottica, trova spiegazione anche la terza classe dell'analisi lessicale (la più consistente come percentuale di u.c.e) emersa dalle nostre interviste, la quale mostra un ancoraggio al presente con un investimento nella dimensione relazionale del sé. Tale ancoraggio contiene le dimensioni di preclusione dell'identità e di locus of control esterno. Tale dato va nella direzione dell'importanza del rapporto sé/altro, e dunque della dimensione relazionale, per la definizione dell'identità (Aleni Sestito, 2004), soprattutto in quei contesti in cui, ci sembra di capire, altre dimensioni dell'identità non possono essere sviluppate o portate avanti (Sica, 2009). D'altro canto, questo medesimo risultato è un'ulteriore conferma dell'importanza del 'pubblico' nel processo di costruzione della propria reputazione sociale (Emler, Reicher, 1995), dal momento che emerge un'attribuzione esterna della gestione di sé: sono lo sguardo valorizzante dell'altro (Harter, 1996) e il contesto sociale di riferimento (Kroger, 2004) a fornire le tracce della propria identità.

Rispetto all'esplorazione del proprio futuro, e dunque all'obiettivo di analizzare i processi di esplorazione dei sé possibili negli adolescenti sottoposti a misura penale, sono emersi dei rilievi significativi che differenziano il ruolo dei differenti sé possibili nella costruzione dell'identità.

La dimensione esplorativa, che pure compare nelle classi 1 e 2 dell'analisi lessicale che parlano al futuro in termini di *progetto* e di *possibilità*, mostra un ruolo preponderante del *sé temuto* (confermato anche dai risultati dell'analisi categoriale e dei disegni). La possibilità di cambiare la propria vita, ed uscire dal percorso deviante, viene rintracciata dai ragazzi da noi intervistati soltanto nella rottura con il paese d'origine: andare lontano, cambiare città. Tuttavia, questa possibilità è vissuta come un'utopia, un sogno che diventa difficile da realizzare per due motivi fondamentali: non poter trovare lavoro, in quanto conosciuti dalla comunità di appartenenza come ragazzi devianti; il potere seduttivo ed attrattivo del contesto delinquenziale che offre "*la possibilità di fare soldi per 'campare', tanto nessuno ti fa lavorare.*" Il cambiamento viene concepito soltanto attraverso un momento di rottura concreta e di forte discontinuità che attivi una ridefinizione quasi obbligata del sé, attraverso un gioco dialettico tra continuità e cambiamento (Lerner, Castellino, 2002). La rottura della continuità a favore della discontinuità, in questo caso, sembra l'unica strada per mettere fine a comportamenti disadattavi: per modificare chi sembra necessario cambiare il contesto di vita, cioè, offrirsi a nuovi sguardi.

In questo senso, tali risultati possono essere letti anche alla luce di recenti studi che sottolineano il valore evolutivo dei momenti di transizione e passaggio (Mc Adams, 1990; Aleni Sestito, Sica, 2007) ma anche dei turning point come sfide per lo sviluppo (Hendry e Kloep, 2002).

In sintesi, l'appartenenza al loro peculiare contesto sembra, per i nostri soggetti, una variabile importante del processo di esplorazione e costruzione dell'identità, inducendo negli adolescenti una forte adesione alla dimensione temporale attuale e inibendo il processo di generazione dei *sè possibili*.

All'interno di tale quadro interpretativo della dimensione futura dell'identità, è utile rimarcare che soltanto all'interno del disegno dei sé temuti riappaiono quella dimensione simbolica e quella capacità rappresentativa di

cui si sottolineava la mancanza per il disegno del sé attuale. Tale dato fa pensare che soltanto rispetto al sé temuto, le idee dei nostri adolescenti siano talmente chiare e ben organizzate in termini cognitivi da poter essere astratte e simbolizzate. Si tratterebbe, in altri termini, di un'evoluzione del proprio sé che temono, ma che, allo stesso tempo, conoscono bene: non vi sono le descrizioni fisiche presenti nella descrizione del *sé attuale*, ma segni simbolici – cioè concettualizzazioni iconiche - di *armi da fuoco*, di *sbarre* indicanti le *celle del carcere*, di *manette* o di *sangue*.

Conclusioni

In sintesi, i risultati del nostro studio forniscono alcuni spunti di riflessione che riteniamo utili per un proseguimento mirato della ricerca in tale ambito e che auspichiamo possano fornire anche dei suggerimenti applicativi.

Tre ci sembrano i punti di maggiore rilevanza.

Il primo: lo stato degli adolescenti devianti (il loro essere sostanzialmente fermi e andare verso un coping definito e risolto) può essere interpretato anche come stato di 'stagnazione coatta', secondo il modello di sfide per lo sviluppo di Hendry e Kloep (2002). Le condizioni socio-economiche e ambientali (come quelle disagiate degli adolescenti a rischio) implicano spesso una mancanza di risorse che offre alternative limitate. In tal modo, l'adolescente è esposto a due svantaggi principali: essere 'condannato' ad accettare la vita così com'è perché si ha sensazione e consapevolezza di non poterla modificare (non avere le risorse necessarie per farlo) e sperimentare una certa dose di ansia che deriva dalla consapevolezza di non poter far fronte ai cambiamenti improvvisi (Hendry e Kloep, 2002). Entrambi gli svantaggi descritti inducono l'adolescente a non esplorare le proprie possibilità, ma a versare in uno stato d'immobilismo che implica anche l'assunzione di rigide e specifiche modalità di comportamento e di coping in uno stato, appunto di stagnazione; dove non v'è esplorazione né movimento, bensì stasi e arroccamento sulle posizioni assunte. Gli adolescenti, ancora, in questo caso si rivolgono all'ambito relazionale e non affrontano nuove sfide in altre dimensioni.

Il secondo: lo sviluppo dei differenti domini del sé può essere diverso in funzione delle diverse aree della vita investite di valore. In queste condizioni, la presenza di adeguati supporti socio-relazionali che si focalizzino sui domini del sé meno sviluppati, ampliandoli, e su quelli investiti di valore, sviluppandoli e approfondendoli, può indurre un aumento delle caratteristiche di resilienza degli adolescenti, come testimoniano studi specifici sugli adolescenti svantaggiati nella cultura occidentale (Philip & Hendry, 1996).

Il terzo: risultati di questo studio, infine, ci inducono a suggerire che la discontinuità tanto auspicata per mettere fine a comportamenti devianti e per evitare il loro cristallizzarsi in una identità deviante stabile possa essere sostenuta offrendo agli adolescenti devianti l'opportunità di costruire progetti reputazionali alternativi. Ciò potrebbe essere fatto attraverso la sollecitazione dell'esplorazione dei sé possibili, che consentono di immaginare il proprio sé con fattezze e modalità differenti, nuove, alternative: che riattivino cioè un processo di sfide per lo sviluppo (Hendry e Kloep, 2002), permettendo agli adolescenti medesimi di riemergere da uno stato di stagnazione. Il contesto, in questo processo, non può che avere un ruolo fondamentale, dal momento che costituisce lo specchio attraverso il quale l'adolescente costruisce il proprio senso di sé, comprende qual è il suo ruolo nella società e si impegna a sostenere l'immagine di sé costruita transattivamente.

Un limite della ricerca consiste nel ristretto numero di partecipanti; sebbene esso discenda indirettamente dall'approccio prevalentemente qualitativo della ricerca, che sceglie un oggetto d'indagine specifico e situato, aderente ad un contesto esplicitato e definito. In questi termini, tale studio assume quasi le fattezze di uno studio di caso, dal momento che la comunità di appartenenza dei partecipanti costituisce un unicum specifico, con obiettivi descrittivi ed esplorativi e non di generalizzabilità esplicativo-causale.

Gli spunti di prosecuzione della ricerca vanno - oltre che verso un ampliamento del numero dei partecipanti e del confronto con differenti contesti culturali - nella direzione di

un approfondimento del rapporto tra contesto e costruzione della trama identitaria, in particolare indagando il rapporto tra reputazione sociale (Emler, Reicher, 1995), identità negativa (Bandini, Gatti, 1987) e processi esplorativi di costruzione dell'identità (Grotevant, 1987; Meeus et al., 2002).

Riferimenti bibliografici

Aleni Sestito, L. (2004). (a cura di), *Processi di formazione dell'identità in adolescenza*, Napoli: Liguori.

Aleni Sestito, L., Parrello, S. (2000). Narrazione di sé e cambiamento evolutivo: un confronto tra gruppi di età, In G. Scarati, E. Confalonieri (Eds.), *Storie di crescita. Approccio narrativo e costruzione del sé in adolescenza*. Milano: Unicopli, 131-174.

Aleni Sestito, L. Sica, L. S. (2007). *Il passaggio dalla scuola media superiore all'università: narrazione di sé e transizione biografica*, 2007/4-6 sett. AIOSP/IAEVG International Conference Guidance and Diversity Research and Application – Padova.

Arnheim, R. (1966). *Toward a Psychology of art*, Berkeley: The Regents of the University of California.

Atkinson, R. K., Derry, S. J., Renkl, A., Wortham, D. (2000). Learning from examples: Instructional principles from the worked examples research, *Review of Educational Research*, 70 (2): 181-214.

Bakhtin, M. (1981). *Dialogic Imagination*, Austin: Texas University.

Bamberg, M. (2004a). *Narrative discourse and identities*. In: Meister, J. C. et al. (Eds.), *Narratology beyond literary criticism*, Berlin & New York: Walter de Gruyter: 213-237.

Bamberg, M. (2004b), Form and Functions of "Slut-Bashing" in Male Identity Constructions in 15-Year-Olds, *Human Development*, 249.

Bandini, T., Gatti, V. (1987). *Delinquenza giovanile*, Milano: Giuffrè.

Barthes, R. (1964). *Éléments de sémiologie*, Seuil: Paris (tr. It. *Elementi di semiologia*, Torino: Einaudi, 1966).

Becker, H.S. (1963). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, Glencoe, Free Press, (trad. It. Outsiders. *Saggi di sociologia della devianza*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 1987).

Bhabha, H. K. (1990). *Interrogating identity: the post colonial prerogative*. In: Dugay, P.; Evans, J.; Redman, P. *Identity: a reader*. London: Sage Publications, The Open University.

Bosma, H.A. (1992). *Identity in adolescence: Managing commitments*. In R.Adams,T.P.Gullotta, & R. Montemayor (Eds.), *Adolescent identity formation* (pp. 91–121). Newbury Park, CA: Sage.

Bosma, H.A., Kunnen, S.E. (Eds.) (2001). *Identity and Emotion: Development through Self-Organization*, Cambridge: Cambridge University Press.

Boutonier, J., (1937). *Les dessins des enfants*, Du scarabée: Paris.

Brockmeier, J. (1997). *Il significato di sviluppo nella narrazione autobiografica*, in A. Smorti. 1997. *Il sé come testo*. Firenze: Giunti, 83-101.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bruner, J. (1990). *Acts of meaning.* Cambridge: Harvard University Press.

Bruner, J. (1994). The remembered self, In U. Neisser, R. Fivush (eds.), The remembering self: construction and accuracy in the self-narrative. Cambridge: Cambridge University Press.

Bruner, J. (1997). The self across psychology: self-recognition, self-awareness and self-concept, *Annals of the New York academy of science*, 818: 145-161.

Bruner, J. (2002). *Making stories: law, literature, life*, New York: Farrar, Strauss and Giroux (tr. It. *La fabbrica delle storie*, Roma-Bari: Laterza, 2002).

Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Roma: Carocci.

Carli, R. (1987). *Psicologia clinica*, UTET, Torino.

Chandler, M. (2000). Surviving time: the persistence of identity in this culture and that, *Culture & Psychology*, 6 (2): 209-223,

Cicognani, E. (2002). *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*, Roma: Carocci.

Côté, J.E., & Lévine, C. (1988). A critical examination of the ego identity status paradigm, *Developmental Review*, 8: 147–184.

Damon, W. & Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence, *Child Development*, 53: 841–864.

De Leo ,G., Patrizi, P. (2002). *Psicologia della devianza*, Roma: Carocci.

De Leo, G., Patrizi, P., De Gregorio, E. (2004a). *L'analisi dell'azione deviante. Contributi teorici*

e proposte di metodo. Bologna, Roma: Il Mulino.
Demaziere, D., Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques*, Edition Nathan [Trad. Ital. *Dentro le storie. Analizzare le interviste biografiche*. Milano: Raffaello Cortina].
Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage.
Dunkel, C. S. (2000). Possible selves as a mechanism for identity exploration, *Journal of Adolescence*, 23: 519-529.
Emde, R.N., Harmon, R.J. (1984). *Continuities and discontinuities in development*. New York: Plenum Press.
Emler, N., Reicher, S. (1995). Adolescence and Delinquency: The Collective Management of Reputation. Oxbehaviour: a multiyear, multischool study, *American Educational Research Journal*, 30 (1): 179-215.
Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*, New York: Norton.
Erikson, E.H. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton.
Fielding, N.G., Lee, R.M. (1998). *Computer analysis and Qualitative research*, London: Sage.
Flick, U. (1998). *An Introduction to Qualitative Research*, London: Sage.
Ford, D.H., Lerner, R. M. (1992). *Developmental Systems Theory: An Integrative Approach*, London: Sage.
Garfinkel, H. (1990). *A Conception of, and Experiments With, 'Trust' as a Condition of Stable Concerted Actions*, in Jeff Coulter, ed., *Ethnomethodological Sociology*, 1.
Gergen, K. J., Gergen, M. M. (1988). *Narrative and the Self as Relationship*, in L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, New York: Academic Press, pp. 17-58.
Gobo, G. (1998). *Il disegno della ricerca nelle indagini qualitative*, in A. Melucci (a cura di), *Verso una sociologia riflessiva*, Bologna: Il Mulino, pp. 94-95.
Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*, Sperling Paperback, (tr. It. La vita quotidiana come rappresentazione, Bologna: Il Mulino, 1969).
Goodenough, F. (1926). *Measurement of intelligence by drawnings*, World book, N.Y.
Goolishian, H. A., Anderson, H. (1996). Narrativa e self: alguns dilemmas pós-modernos da psicoterapia. In: Schnitman, D., Novos Paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas.
Grotevant, H. D., (1987). Toward a process model of identity formation, *Journal of Adolescent Research*, 2 (3): 203-222.
Harter S. (1982). Perceived Competence Scale for children, *Child Development*, 53:87-97.
Harter S. (1985). *Social Support Scale*, Denver: University of Denver.
Harter S. (1988). *Self Perception Profile*, Denver: University of Denver.
Harter S. (1990). Developmental differences in the nature of Self representation: implication for the understanding, assessment, an treatment of maladaptive behaviour, *Cognitive therapy and research*, 14 (2):113-142.
Harter, S. (1998). Relational self-worth: differences in perceived worth as a person across interpersonal context among adolescents, *Child Development*, 69 (3): 756-766.
Harter, S., Marold, D., Whitesell, R. (1996). A model of the effects of perceived parent and peer support on adolescent false self behaviour, *Child Development*, 67: 360-374.
Hendry, L. B., Kloep, M. (2002). *Lifespan Development: Challenges, Resources and Risks*, London and New York: Thomson.
Higgins, E. T. (1990). Personality, social psychology, and person situation relations: Standards and knowledge activation as a common language. In L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 301-338). New York: Guilford Press.
Hooker, K. (1999). *Possible selves in adulthood*. In T. M. Hess & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social cognition and aging* (pp. 97 – 122). San Diego, CA: Academic Press.
Josselson, R., & Lieblich, A. (Eds.) (1993). *The narrative study of lives*, Thousand Oaks, CA: Sage.
Kerpelman, J. L., Pittman, J. F. And Lamke, L. K. (1997). Toward a microprocess perspective on Identity development: an identity control theory approach, *Journal of Adolescent Research*, 12, 325–346.
Kituse J. (1962). Societal Reactions to Deviant Behaviour, *Social Problems*, 9: 247-256.
Koborov, N., Bamberg, M. (2004). Positioning a 'mature' self in interactive practices. How adolescent males negotiate 'physical attraction' in a group talk. *British Journal of Developmental Psychology*.
Kroger, J. (2004). *Identity in adolescence. The balance between self and other*, London: Routledge.
Lannegrand Willelms L., Bosma H. A. (2006). Identity Development-in-Context: The School as an Important Context for Identity Development, *Identity: an international journal of theory and research*, 6(1): 85–113.
Lerner, R. M., Castellino, D. R. (2002).

Contemporary developmental theory and adolescence: developmental systems and applied developmental science, *Journal of Adolescence Health*, 31 (6): 122-135, Supplement 1.

Lopes de Oliveira, M. C. S. (2004a). Desenvolvendo-se em privação de liberdade: processos de formação do self adolescente en contextos institucionais especificos, *Reunião Anual de Psicologia*, 34, Ribeirão Preto/SP.

Lopes de Oliveira, M. C. S. (2004b). Do sujeito da representação ao sujeito dialógico, *Revista do Departamento de Psicologia*, 15 (1): 33-52.

Lorenzetti L., Stame S., (2004). *Narrazione e identità*, Bari: Laterza.

Markus, H., Nurius, P. (1986). Possible selves, *American Psychologist*, 41: 954–969.

Marshall, C., Rossman, G. B. (1995). *Designing Qualitative Research*, London: Sage Publications.

Matza, D. (1969). *Becoming deviant*. Engle-vood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Mazzara, B. (2002). *Metodi qualitativi in psicologia sociale*, Roma: Carocci.

Mc Adams, D. P. (1990). *Unity and purpose in human lives: The emergence of identity as a Life story*. In A. I. Rabin, R. A. Zucker, R. A. Emmons & S. Frank (Eds.), *Studying persons and lives (*pp. 148–200). New York: Springer-Verlag.

Mc Adams, D. P. (1995). What Do We Know When We Know a Person?, *Journal of Personality*, 63 (39): 365-396.

Mcguire, W.J., Padawer-Singer, A. (1976). Trait salience in the spontaneous self-concept, *Journal of Personality and Social Psychology* , 33(6): 743-54.

Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*, Chicago: University of Chicago Press.

Meeus, W., Iedema, J., Maassen, G. H. (2002). Commitment and exploration as mechanisms of identity formation, *Psychological Reports*, 90 (3): 771-785.

Miles, M. & M. Huberman. (1994). *Qualitative Data Analysis*, Thousand Oaks, CA: Sage.

Mishler, E.G. (1986a), *Research Interviewing. Context and Narrative*, Cambridge: Harvard University Press.

Neisser, U. (1988). Five kinds of self-knowledge, *Philosophical Psychology,* 1: 35-59.

Neisser, U., Fivush, R. (1994). *The remembering self: Construction and accuracy in the self-narrative*, Cambridge: Cambridge University Press.

Nelson, K., (2000). Narrative, time and the emergence of the encultured self., *Culture & Psychology,* 6 (2): 209-223.

Ochs, E., Capps, L. (2001). *Living narrative. Creating lives in everyday storytelling*, Cambridge: Mass.

Oyserman, D., & Markus, H. (1990). Possible selves in balance: Implications for delinquency, *Journal of Social Issues*, 46 (2): 141–157.

Oyserman, D., & Markus, H. (1993). *The sociocultural self*. In J. Suls & A. Greenwald (Eds.) *Psychological Perspectives on the Self* (Volume 4, pp. 187-220), Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Oyserman, D., & Saltz, E. (1993).Competence, delinquency and attempts to attain possible selves, *Journal of Personal and Social Psychology*, 65: 360 – 374.

Oyserman, D., Bybee, D., Terry, K., Hart-Johnson, T. (2004), Possible selves as roadmaps. *Journal of Research in Personality*, 38: 130-149.

Oyserman, D., Gant, L., Ager, J. (1995). A socially contextualized model of African American identity: Possible selves and school persistence, Journal of Personality and Social Psychology, 69(6): 1216 – 1222.

Palmonari, A., Pombeni, M.L., Kirchler, E. (1989). Peergroups and evolution of the self-system in adolescence, *European Journal of Psychology of Education*, 1: 3-15.

Panofsky E., (1955). *Meaning in the Visual Arts*, New York: Doubleday Anchor.

Philip, K., Hendry, L. B. (1996). Young people and mentoring - towards a typology, *Journal of Adolescence*, 19: 189-201.

Piaget J., (1932). *Le jugement moral chez l'enfant*, Paris: Alcan.

Reinert, M. (1993). Les « mondes lexixaux » et leur « logique » à travers l'analyse statistique d'un coepus de récits de cauchemars, *Langage et société*, 66: 5-37.

Reinert, M., (1986). Un logiciel d'analyse textuelle: ALCESTE, *Cahier de l'Analyse del Donées*, 3: 187-198.

Rey, F. G. (2004). *O sujeito, a subjetividade e o outro na dialética complexa do desenvolvimento humano*. In: Mitjans-Martines, A.; Simão, L. M. (Orgs.). *O outro no desenvolvimento humano: diálogos para a pesquisa e a prática profissional em psicologia*. São Paulo: Pioneirathompson Learning.

Richards, L. (2000). *Using N-vivo in qualitative research*, Melborune, Australia: QSR international Pty. Ltd.

Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit*, Paris: Le Seuil.

Riessman, C. (1993). *Narrative Analysis*, London: Sage.

Robinson, B., Davis, K., Meara, N. (2003). Motivational attributes of occupational possible selves for low-income, rural women,

Journal of Counseling Psychology, 50(2): 156 – 164.
Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self.* New York: Basic Books.
Roth, W-M. (2001). Culture and Identity, *Review Essay*: Ayan Kaya (2001). "Sicher in Kreuzberg": Constructing Diasporas: Turkish Hip-HopYouth in Berlin / Carl Ratner (2002). Cultural Psychology: Theory and Method [94 paragraphs]. Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal], v. 4, n. 1. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-03/1-03review-roth-e.htm> Accesso Em: 02 fev. 2005.
Rutter, M., Smith, D. (Eds.) (1995). *Psychosocial Disorders in Young People*. Wiley & Sons: Chichester, UK.
Sica, L. S. (2009). Adolescents in different contexts: the exploration of identity through possible selves, *Cognition, Brain, Behavior*, XIII, 3, 221-252.
Silbereisen, R., Eyferth, K., Rudinger, G. (1986). *Development as action in context*, Berlin, Springer-Verlag.
Silbereisen, R., Todt, E. (1994). *Adolescence – A matter of context*, in Silbereisen R., Todt E. (Eds.), *Adolescence in context – The interplay of family, school, peers and work*, New York: Springer-Verlag.
Silverman, D. (1993). *Interpretative Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*, London: Sage.
Silvermann, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data*, London: Sage.
Skowronski, J. J., Carlston, D. E. (1989). Negativity and extremity biases in impression formation: A review of explanations, *Psychological Bulletin*, 105: 131–142.
Stattin, H., Magnusson, D. (1996). Antisocial development: a holistic approach, *Development and Psychopathology*, 8: 617-645.
Todorov, T. (1966). *Les catégories du récit litteraire*, In Aa. Vv., *L'analyse structurale du récit*, Seuil: Paris (tr. It. Le categorie del racconto letterario. In Aa. Vv., *L'analisi del racconto*, Milano: Bompiani, 1969).
Tomasetto, C., Selleri, P. (2004). Lessico dell'intervista, lessico degli intervistati: l'articolazione tra domande e risposte nell'analisi di Alceste, *JADT 2004: 7es Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles*.
Unemori, P., Omoregie, H., Markus, H. R. (2004). Self-Portraits: Possible Selves in European-American, Chilean, Japanese and Japanese-American Cultural Contexts, *Self and Identity*, 3: 321–338.
Wang, Q., Brockmeier, J. (2002). Autobiographical remembering as cultural practice: understanding the interplay between memory, self and culture, *Culture & Psychology*, 8: 45-64.